

UNIVERSITÉ DE LYON

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 116

ÉTUDE CLINIQUE

DES

ABCÈS DE FIXATION

DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON

(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 23 Juin 1909

PAR

MARIUS VOITURIEK

Ancien Interne des Hôpitaux

Né le 19 avril 1882 à Chazey-sur-Ain (Ain)

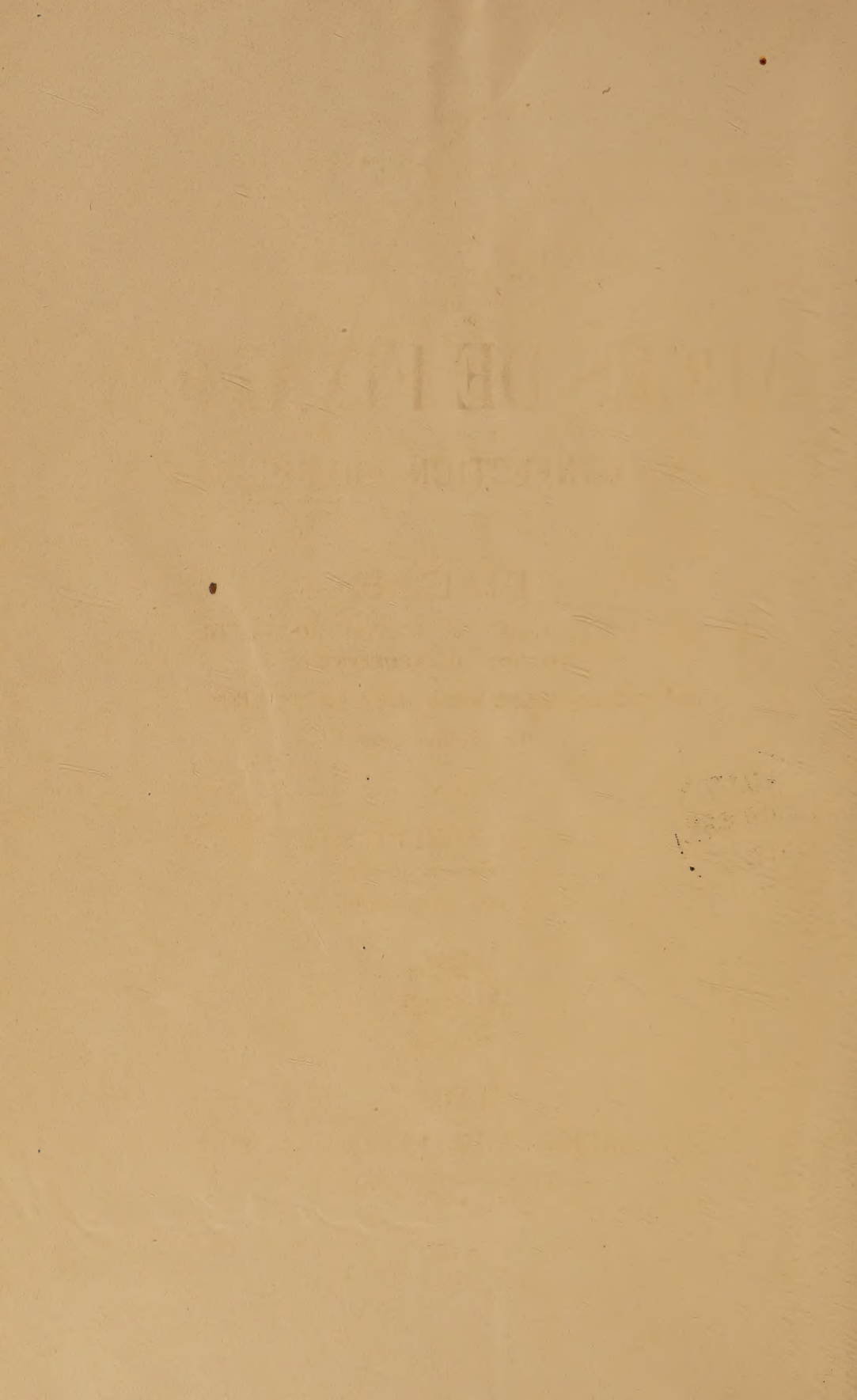


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

1909



UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE. — N° 116

ÉTUDE CLINIQUE
DES
ABCÈS DE FIXATION
DANS L'INFECTION PUERPÉRALE

THÈSE
POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(SECTION DE MÉDECINE)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 23 Juin 1909

PAR

MARIUS VOITURIER

Ancien Interne des Hôpitaux

Né le 19 avril 1882 à Chazey-sur-Ain (Ain)



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & Cie

14, rue Bellecordière, 14

—
1909



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

M. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LEPINE.
Cliniques chirurgicales.....		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ
Anatomie.....		CAZENEUVE
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....		COLLEI.
Médecine légale.....		PAVIOI
Hygiène.....		POLLOSSON (M.
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.....	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale.....	MM. BERARD,	agrégé.
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND—	
Hygiène administrative	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LEPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE	LATARJET Ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE		BERIEL Ch...
TIXIER.	PATEL.		BRETIN Ch...

M. BAYLE, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. FABRE, Président ; M. Aug. POLLOSSON, Assesseur ;
MM. COMMANDEUR et VORON, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MES PARENTS

A MES AMIS.

INTRODUCTION

Malgré le grand nombre d'observations favorables publiées déjà de tous côtés, l'efficacité des abcès de fixation est encore loin d'être admise par tous.

Cela ne saurait nous étonner ; l'esprit humain est ainsi fait qu'il admet difficilement ce qu'il ne comprend pas et le mode d'action des abcès de Fochier s'explique mal.

Aussi est-il naturel que cette médication ait à faire surabondamment sa preuve, tandis que telles autres méthodes thérapeutiques, telle la sérothérapie, appuyée sur l'expérimentation et dont l'action s'explique bien, n'ont pas eu de peine à s'imposer.

L'expérimentation en matière d'abcès de fixation ne donne rien. C'est à l'observation clinique seule qu'il appartient de décider.

Nous pensons donc faire œuvre utile en publiant ici 120 observations, toutes tirées de l'Infirmierie de

la Maternité de Lyon, et dues à l'obligeance de M. le professeur agrégé Commandeur.

Cette thèse comprendra 2 parties. Dans la première, nous nous proposons d'étudier l'abcès de fixation en lui-même et particulièrement de fixer certaines particularités d'évolution ; dans la 2^e nous nous efforcerons de reconnaître la valeur pronostique et thérapeutique des abcès de fixation et d'en fixer les indications.

Nous remercions vivement M. le professeur agrégé Commandeur qui a bien voulu nous fournir toutes nos observations et nous aider de ses conseils dans la rédaction de ce travail.

DÉFINITION — HISTORIQUE

On donne le nom « d'abcès de fixation » à des abcès créés artificiellement par injection de substances irritantes, et particulièrement de l'essence de térébenthine, dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans le but de guérir des infections généralisées. Ce nom lui fut donné par Fochier et répond à l'idée que se faisait cet auteur du mode d'action de ces abcès qui, suivant lui attireraient de point en point les agents morbides en circulation dans le sang. Dieulafoy leur a proposé le nom « d'abcès de dérivation ». On les a désignés encore sous le nom d'abcès provoqués de suppuration artificielle, pour ne rien préjuger de leur mode d'action. De toutes ces appellations, celle « d'abcès de fixation » est restée. Nous continuerons à l'employer, puisqu'elle est consacrée par l'usage, mais sans aucune signification pathogénique.

C'est en 1875 que Fochier eut pour la première

fois l'idée de l'abcès de fixation. Sa découverte fut accidentelle. Il soignait une malade atteinte d'infection puerpérale grave, par des injections sous-cutanées de sulfate de quinine. Une de ces injections, par suite d'une trop grande acidité de la solution, provoqua un abcès, et immédiatement l'état de la malade s'améliora.

Rapprochant cette observation des faits depuis longtemps constatés où la guérison d'infections graves coïncidait avec la formation d'abcès localisés en différents points de l'organisme, dits « abcès critiques » il pensa qu'il y avait tout intérêt à localiser l'infection, et continua avec diverses substances, intentionnellement cette fois, à provoquer des abcès sous-cutanés. Il se servit pour cela de l'essence de térébenthine, dont les propriétés pyogénétiques avaient été découvertes par Grawitz et obtint de nombreux succès. Il les communiqua à la Société des Sciences médicales de Lyon en 1891. Il conseille la création d'abcès superficiels dans les états infectieux où l'on peut voir se produire spontanément des suppurations, et même dans toute infection générale pouvant devenir, dans certaines circonstances, des affections pyogènes généralisées (grippe, fièvre typhoïde, pneumonie).

Dès que Fochier eût fait connaître sa méthode, les observations se multiplièrent et, dès 1892, nous trouvons une multitude de publications à ce sujet, les unes concernant l'infection puerpérale, les autres concernant diverses infections et particulièrement la pneumonie.

Bien que ces dernières ne se rapportent pas directement à notre sujet, nous devons cependant les mentionner pour faire connaître les mouvements de l'opinion médicale au sujet des abcès de fixation.

Dès 1892, Lépine (*Sem. Médicale*) fait connaître un cas de pneumonie grave en voie de suppuration traité avec succès par l'injection sous-cutanée d'essence de térébenthine.

Dans le *Bulletin de la Société des Hôpitaux de Paris*, la même année, nous trouvons une observation de Dieulafoy, quatre de Guigeot et une de Rendu, également avec succès et toutes concernant des pneumonies. Dans la même revue, Netter donne deux succès, Siredey un.

Raoul de Sergine, dans la *Revue de Thérapeutique*; Olivier, dans la *Normandie Médicale*; Franc, dans le *Journal de Médecine de Bordeaux*; Mossé, dans le *Midi Médical*; A. Grenelle, dans le *Bulletin Médical des Vosges*, toujours en 1892, publient des cas de pneumonie avec guérison.

En 1893, paraissent la thèse de Bennann (Paris), sur le traitement de la pneumonie par les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine, et ceux de Guillaumont, de Nancy, sur le traitement de quelques affections pyogènes par les abcès hypodermiques.

En 1896, Branthomme, dans la *Revue de Médecine*, rapporte trois nouveaux cas de pneumonie chez des vieillards traités avec succès par cette méthode.

Le professeur Bard, en 1899, communique égale-

ment un succès à la *Société des Sciences Médicales de Lyon*.

En 1902, paraît une thèse importante de Carles, de Bordeaux, sur les abcès de fixation en général. Il publie de nombreuses observations, dont plusieurs personnelles, et essaye par l'expérimentation, d'expliquer le mode d'action de l'injection pyogène.

Lemoine (*Journal des Praticiens*, 1906), n'hésite pas à voir, dans cette méthode, un remède héroïque auquel le médecin *doit* recourir dans certaines infections générales graves, comme l'infection puerpérale, la pneumonie, la méningite cérébro-spinale, etc.

A l'étranger, particulièrement en Suisse, les travaux parus à ce sujet, ne sont guère moins nombreux.

En 1892, Révilliod (*Revue Médicale de la Suisse Romande*) publie des cas de pneumonie, de pseudo-rhumatisme infectieux, de fièvre typhoïde, également traités avec succès. Les thèses de Dutrembles 1894 et de Senn 1898, en rapportent de nouveaux dans des affections semblables.

Colladon, de Genève, en 1894, les prescrit dans des cas d'otite moyenne suppurée.

Gauthier de Genève, également, signale, en 1896, deux fièvres typhoïdes traitées avec succès.

En 1899, Boule, dans les *Archives de Virchow*, fait un travail basé sur l'observation de vingt pneumonies, trois érysipèles, deux fièvres typhoïdes, une méningite cérébro-spinale traitées par l'abcès de fixation. Il conclut que l'action thérapeutique est affaire d'empirisme, et qu'il faut encore de nom-

breuses publications pour bien établir si la guérison est due à la médication, ou s'il y a seulement coïncidence.

Mercondino (1892) et Pinna (1897), en Italie, publient des résultats heureux dans les pneumonies.

Pujador Fonso, dans les scarlatines (*Congrès des Sciences Médicales de Moscou*).

Tous ces auteurs se déclarent partisans résolus de la méthode.

Maintenant les *insuccès*.

Chantemesse et Marie (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*) ont huit insuccès dans des pneumonies chez des vieillards ; ils se déclarent adversaires résolus de la méthode, qui, expérimentalement, ne vaudrait rien.

Lardier (*in Bulletin Médical des Vosges*), publie un insuccès également pour une pneumonie.

Spillmann (*in Revue Médicale de l'Est*), a des cas peu favorables.

Mme Compano et Codet-Boine, à propos de six cas de broncho-pneumonie, chez les enfants observés dans le service d'Auché, de Bordeaux, concluent à l'inefficacité de l'abcès et même à ses dangers chez les enfants (sphacèle étendu de la peau).

En ce qui concerne l'infection puerpérale, les publications sont moins nombreuses.

Signalons plusieurs communications de Fochier, un article de la *Société de Biologie* de Fochier et Mérieux sur l'infection charbonneuse et l'abcès de fixation.

Dans la thèse de Guillaumont, nous trouvons deux

observations de Thiery, de Rouen, une de Ferrand-de Rennes, qui sont assez démonstratives.

En 1899, paraît la thèse de Trifon. Elle résume les observations antérieures de Cortiguera, Servita, Iski, Swiencki, Menko, et y ajoute vingt-neuf observations du service de Fochier et sept communiquées par Pollosson, huit morts sur soixante-sept observations. C'est, avec la thèse de Carles, le travail le plus important sur la question.

Depuis la thèse de Trifon et celle de Carles en 1902, les observations deviennent plus rares.

Chéron, en 1902, communique à la Société médicale des Hôpitaux de Paris 6 observations, dont 3 avec décès; il s'agissait dans tous les cas d'infections graves et l'auteur se déclare partisan convaincu de la méthode à qui il doit de véritables résurrections.

En 1906, dans le *Lyon Médical*, Vincent publie un cas de septicémie puerpérale guérie à qui furent faites 30 injections de térébenthine.

Dans la thèse de Boissard inspirée par le professeur Fabre, sont rapportés 9 cas de streptohémie avec mort, dont 2 furent soumis aux abcès de fixation.

En 1907 Thiroloix publie une observation favorable et croit utile de rappeler l'attention sur cette méthode thérapeutique; c'est un traitement qu'il faut employer en désespoir de cause et peut alors donner des succès inespérés.

Depuis il semble que la méthode subisse un renouveau d'actualité. Herboy et M. de Notauron,

thèse de Paris 1907-1908, préconisent encore les abcès de fixation, et les considèrent comme un traitement d'exception qui peut néanmoins rendre des services. Boissard public 13 observations très complètes avec 6 morts. Il se montre partisan de la méthode.

Tout récemment, dans la thèse de Percerot, nous trouvons dans trois observations l'abcès de fixation employé concurremment avec la méthode du professeur Fabre.

Louter et Oui, in *Annales de gynécologie et obstétrique*, ont publié une remarquable observation d'infection puerpérale prolongée qui paraît très démonstrative en faveur de l'abcès de fixation.

Le professeur Fabre emploie dans le traitement de l'infection puerpérale l'essence de térébenthine en injections hypodermiques. C'est une méthode tout à fait différente de celle de l'abcès de fixation, il ne rejette cependant pas tout à fait celui-ci-

« Les injections sous-cutanées d'essence de térébenthine pure ne sont pas rejetées dans l'oubli; elles conservent toute leur valeur comme moyen de pronostic, quand le temps presse et qu'on est dépourvu de sérum thérébenthiné, enfin quand on veut agir massivement » (Th. de Percerot, Lyon 1908-1909).

On aurait tort de croire cependant que l'efficacité de l'abcès de fixation soit admise par tout le monde. Il s'en faut.

C'est ainsi que Turenne (*Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1907), dans le traitement de l'infection

puerpérale, ne parle même pas de la méthode de Fochier.

A l'étranger, en Allemagne et en Angleterre, si nous nous rapportons aux revues générales récentes sur le traitement de l'infection puerpérale, cette méthode paraît inconnue. Tout est là-bas à la sérothérapie et à l'intervention chirurgicale.

Kröemer (*Die med. Woch.*, 1902), Rosthorn (*id.*, 1905), Cann (*Lancet*, 1905) ne la signalent même pas. La mode est là-bas aux injections de sérum antitoxique et aux interventions opératoires.

Cette difficulté à admettre l'efficacité réelle des abcès de fixation s'explique par l'ignorance absolue où l'on est de leur mode d'action et par la nullité des résultats de l'expérimentation.

Actuellement encore la preuve de l'efficacité des abcès de fixation ne saurait être donnée que par l'observation clinique.

Aussi pensons-nous que notre travail, basé sur 120 observations prises à l'infirmerie de la Maternité de la Charité de Lyon et dues à l'obligeance de M. Commandeur, pourra contribuer à la solution de cette question aujourd'hui encore controversée.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE DE L'ABCÈS DE FIXATION EN LUI-MÊME

CHAPITRE PREMIER

Technique de l'abcès de fixation

A). — SUBSTANCES A INJECTER

Les substances successivement utilisées pour produire un abcès artificiel sont fort variées. On sait que la première substance employée par Fochier fut le sulfate de quinine intentionnellement acidifié. C'est, en effet, en faisant une telle injection dans le but d'administrer de la quinine, qu'il obtint son premier abcès de fixation et prit l'idée de sa méthode.

Le nitrate d'argent fut employé longtemps. Nous l'avons vu personnellement employer dans le service de M. le professeur Bondet, au cours d'infections broncho-pulmonaires graves.

L'essence de lavande, l'essence d'origan, le xylol ont été expérimentés par Fochier sur le lapin, mais ils n'ont jamais été utilisés, que nous sachions, en clinique, de même pour l'acide lactique ou l'acide sulfurique au vingtième. On reproche à tous ces agents de produire du sphacèle et de déterminer peu de suppuration.

Nous ne faisons que citer les faits expérimentaux où l'on employa la cadavérine (Grawitz) et les toxines staphylococciques (de Cristmas); ces injections sont dangereuses et ne sont jamais d'ailleurs sorties du domaine de l'expérimentation.

De toutes les substances employées, l'essence de térébenthine est, sans contredit la meilleure, et de beaucoup la plus employée. Ses propriétés pyogènes furent découvertes par Grawitz et leur utilisation fut surtout répandue par Fochier.

On se sert d'essence de térébenthine du commerce, de préférence vieille, conservée dans un flacon en verre.

B). — FAUT-IL LA STÉRILISER ?

Cette essence est habituellement employée telle quelle sans aucune stérilisation préalable. Cependant on a accusé ce défaut de stérilisation d'être la cause de délabrements étendus, d'accidents phleg-

moneux à allure envahissante, qui avaient effrayé Branthomme en particulier et lui avaient fait préférer la solution de nitrate d'argent. Boll pense que le seul moyen d'éviter ces inconvénients serait d'employer une essence de térébenthine bouillie.

Bauer l'employait après l'avoir chauffée à 100° pendant une demi-heure.

Nous ne croyons pas cette manœuvre heureuse. Elle a l'inconvénient de rendre la méthode térébenthinée d'un emploi plus compliqué, alors qu'un des avantages importants de ce mode de traitement résulte de sa simplicité même. Cette stérilisation est par ailleurs parfaitement inutile.

De Bovy et Grawitz, en effet, en étudiant les agents de la pyogénèse artificielle, avaient attiré l'attention sur le pouvoir antiseptique très élevé de l'essence de térébenthine. « Il nous paraît, à beaucoup d'égards dépasser le pouvoir bactéricide des solutions, même fortes, de sublimé et d'acide phénique vis-à-vis des cocci pyogènes ».

Expérimentant d'ailleurs sur le chien, ils ont montré que si l'on injectait avec cette essence une culture de streptocoques même virulents, la suppuration se produisait de la même façon et que dans le pus retiré de ces abcès on ne pouvait déceler, ni par l'examen direct, ni par la culture, des bactéries pyogènes.

Aussi, dans les Maternités de Lyon on se contente d'injecter l'essence sans aucun essai de stérilisation. Malgré cela, et malgré le nombre important d'abcès que nous avons pu suivre, nous n'avons observé

aucun accident qui puisse tenir à ce défaut de stérilisation de l'essence.

C). — QUANTITÉ A INJECTER

Cette quantité varie suivant le cas ; d'une façon générale Fochier recommandait de faire 1 centimètre c. par injection, et de renouveler cette injection au bout de douze heures, et de continuer une fois par jour jusqu'à réaction produite. Dans les cas très graves, il faisait 2 centimètres cubes en une fois.

C'est la technique encore suivie dans les services lyonnais où l'on pratique encore exclusivement l'abcès de fixation.

Cette quantité de 1 centimètre cube par injection nous paraît suffisante. Nous n'ignorons pas que divers accoucheurs, et récemment encore Boissard, préconisent des doses de 3 et 5 centimètres cubes. De telles doses n'ont, en effet, généralement aucun inconvénient. La toxicité de l'essence de térébenthine est en effet, très réduite, c'est précisément là un de ses avantages. Boissard rapporte le cas d'une injectée qui par erreur reçoit une injection de 25 centimètres cubes d'essence en une fois ; il en résulte une suppuration très étendue, mais la malade guérit parfaitement. Il est vrai que d'autre part, 15 grammes d'essence prise par la bouche ont pu déterminer la mort chez des enfants (Manquat).

En tous cas il s'agit de doses qui dépassent de beaucoup celles que l'on a à employer. Si l'on reste dans les limites raisonnables de 1, 3 ou même 5 c. c.,

par injection on peut être sûr de n'avoir aucun incident sérieux.

Sous cette réserve de doses faibles, on peut répéter l'injection tant qu'il est nécessaire. Vincent a fait sans inconvénient jusqu'à 30 piqûres à la même malade.

D). — LIEUX D'INJECTION

L'injection est poussée dans le tissu cellulaire sous-cutané. Fochier recommande de pousser l'aiguille jusque dans la couche profonde voisine de l'aponévrose. L'injection, faite d'ailleurs en plein tissu adipeux, n'a pas d'inconvénients; il se fait un peu de nécrose du tissu graisseux qui s'élimine, lors de l'ouverture de l'abcès, sous forme de bourbillon; cela n'a d'ailleurs pas d'importance.

Il faut éviter cependant de pousser l'injection trop près du derme. L'abcès en devient beaucoup plus douloureux, à cause de la résistance qu'opposent les fibres denses du derme à se laisser refouler par les exsudats inflammatoires. En outre on assiste à une nécrose de la peau assez étendue avec escharre et plaie plus ou moins vaste qui met ensuite plusieurs semaines à se cicatriser. Cet inconvénient, d'ailleurs n'est pas particulier aux injections d'essence de térébenthine; on peut le voir survenir avec toutes sortes de substances injectées.

Quant à la région du corps, le choix n'a pas, selon nous, grande importance. Il suffit que l'injection soit faite en un point où l'abcès soit facile à surveiller et

à panser et où il incommode le moins le patient.

C'est ainsi qu'on l'a pratiquée à la face externe de la cuisse, sous le sein, dans la paroi antéro-latérale du thorax, au bras, en particulier au niveau de l'encoche deltoïdienne. Cette dernière région est souvent mise à contribution; nous avons vu seulement une fois, à la suite d'une injection faite un peu trop en dedans, la suppuration fuser le long de la veine céphalique, et donner un gonflement diffus du bras et de l'épaule, d'ailleurs sans suite grave; cet abcès guérit simplement, comme les autres, à la suite de plusieurs ouvertures spontanées.

Le plus souvent toutefois la piqûre est faite au niveau de la paroi antéro-latérale de l'abdomen.

Fochier indique comme point d'élection le milieu de la verticale qui unit l'épine iliaque antéro-supérieure à la base du thorax. Fait dans cette région, l'abcès peut être facilement surveillé; il est, d'autre part, assez haut pour ne pas gêner les explorations que l'on peut être amené à pratiquer sur la malade; en outre c'est peut-être la région où les malades en sont le moins incommodés.

Une autre raison, très importante pour Fochier, de donner la préférence à la paroi abdominale, c'était que l'on provoquait un abcès au voisinage de la lésion utérine; on ajouterait ainsi à l'action fixatrice de l'abcès, une action révulsive plus marquée; quoiqu'il en soit de cette hypothèse, nous continuerons à préférer l'injection au niveau de la paroi antéro-latérale de l'abdomen, au voisinage du point ci-dessus décrit.

Dans les cas où l'on répète les piqûres, on peut en

faire quatre, deux de chaque côté, sur l'abdomen; s'il faut en faire d'avantage on recourra soit au bras, soit à la face externe de la cuisse.

Signalons cependant que Fochier réservait l'injection au V. deltoïdien, au cas de septicémie avec dyspnée toxique, et sans phénomènes locaux.

(E) RÉPÉTITION DES INJECTIONS DE TÉRÉBENTHINE

Toute les fois que l'affection est très grave, ou lorsque une première injection n'a pas déterminé de réaction franche, il faut répéter l'injection 12 ou 24 heures après, suivant la gravité du cas.

Ne pas craindre d'en faire 4 à 6 ; Vincent a pu en faire jusqu'à 30 sans inconvénient.

D'autre part, si on ouvre un abcès mûr, il faut toujours en avoir préalablement provoqué un autre, si l'infection n'est pas vaincue. C'est là une règle édictée par Fochier. Elle est parfaitement juste, et nous avons vu des observations où cette règle n'ayant pas été suivie, il y a eut retour de l'infection.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique

Nous avons à nous demander ce que devient l'essence de térébenthine et quelles modifications elle fait subir aux tissus.

(I) QUE DEVIENT L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE

Injectée dans le tissu cellulaire sous-cutané, l'essence de térébenthine est absorbée, mais lentement.

L'absorption de l'essence n'est pas douteuse. En dehors de preuve tirée du dosage, dans le pus de l'abcès provoqué, épreuve difficile à faire, le doute est impossible ; en effet on voit apparaître l'odeur de violette caractéristique dans les urines, quelques heures après l'injection.

Mais lente est cette absorption. On retrouve, en effet, l'odeur de la térébenthine dans le pus, même

lorsque l'évacuation est faite tardivement. Cela ne doit pas étonner, car l'injection détermine précisément une inflammation autour du foyer qui empêche l'absorption.

Même quand la réaction ne se produit pas immédiate, l'essence persiste encore longtemps, témoins ces cas où la réaction s'est produite huit, dix jours après, comme nous avons pu l'observer notamment chez des malades où il a fallu plusieurs injections de térébenthine et où la première n'a produit d'abcès qu'après toutes les autres.

Ce fait d'observation laisserait donc supposer que, même dans ce cas, au bout de 8, 10 jours et plus, il restait encore assez d'essence de térébenthine pour déterminer, dès que les conditions circulatoires s'y prêtent, un phlegmon.

II. — LÉSIONS PRODUITES DANS LES TISSUS PAR L'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Le premier effet, c'est une nécrose du tissu cellulaire ; la térébenthine, comme le nitrate d'argent, comme les solutions acides, agit comme caustique et détermine dès l'abord une mortification plus ou moins étendue du tissu cellulaire. Cette nécrose, limitée le plus souvent, peut devenir assez étendue chez les gens à tissus infirmes, tels que les diabétiques et les vieillards. Nous n'avons d'ailleurs jamais observé de gangrène étendue, mais c'est une éventualité que l'on peut théoriquement prévoir, à tel

point qu'on a déconseillé l'abcès de fixation dans le diabète.

L'effet secondaire, c'est la réaction inflammatoire autour du foyer nécrobiosé ; cette réaction n'est pas fatale ; pour qu'elle se produise, il faut que l'organisme ait gardé une certaine résistance chez les malades très affaiblis, à tonus vasculaire très abaissé, ne pouvant faire les frais de cette réaction inflammatoire ; dans ce cas l'abcès ne se forme pas. Si l'état du malade s'améliore, on peut voir ensuite la réaction inflammatoire s'établir.

Ceci explique bien pourquoi les septicémies puerpérales, où la piqûre de térébenthine reste sans effet, sont si graves.

Nous n'insisterons pas sur les lésions produites par ce processus réactionnel. Il nous suffit de dire qu'il se produit ici une inflammation banale, et que l'on doit trouver toutes les lésions (vaso-dilatation, afflux leucocytaire) qui se voient dans toute inflammation.

Lorsque l'abcès se collecte, il se forme une cavité purulente avec membrane pyogénique, comme dans tout abcès. Cette cavité est habituellement unique ; il lui arrive cependant d'être cloisonnée parfois, et on doit effondrer ces cloisons à la sonde cannelée quand on incise l'abcès.

III. — EXAMEN DU PUS.

Le pus qui s'écoule des abcès de fixation est généralement blanc, crémeux, de bonne nature ; il entraî-

ne des débris sphacelés produits par la nécrose du tissu cellulaire sous l'influence de la térébenthine. Ces débris sphacelés affectent souvent la forme d'un bourbillon, analogue à celui de l'anthrax. Ce bourbillon est d'autant plus volumineux que l'incision a été faite plus tôt.

Il sent l'essence de thérébenthine, ce qui montre la lenteur avec laquelle elle est absorbée.

Au microscope on retrouve dans ce pus les éléments du pus ordinaire : leucocytes plus ou moins granuleux, globules de pus, lambeaux mortifiés-amorphes ; seuls les microbes manquent.

C'est, en effet, une observation absolument courante que le pus de tels abcès est stérile et que, soit par ensemencement, soit par examen direct, on n'y peut trouver aucune bactérie pyogène. Ce fait, montré déjà par Fochier, affirmé par Revilliod (celui-ci donne de cette absence de microbes une explication théoriquement très acceptable), affirmé de nouveau par tous les auteurs et en particulier Grawitz, Bauer, qui se sont occupés spécialement de ce côté de la question, ne souffre que de très rares exceptions. Bien que tous les cas d'abcès avec microbe, ne soient pas publiés, on n'en peut pas moins dire qu'il s'agit-là d'une véritable curiosité. Insicielli (Therap. Monatsch., 1894), cité par Bauer, en aurait observé deux cas. De même Fochier a cité un cas où il trouva du streptocoque dans le pus.

Bauer, sur une série de 26 cas, n'a observé qu'une fois par la culture quelques rares colonies de streptocoques à courtes chaînettes, et encore admet-il que :

dans ces cas il y eut contamination secondaire de l'abcès, par suite de son voisinage avec une escharre profonde sur laquelle pullulaient les streptocoques.

Donc, sauf exceptions dues peut-être à une contamination secondaire, sans parler de fautes de technique toujours possibles, le pus des abcès de fixation est stérile.

D'après Bauer même, après ouverture de l'abcès, le pus resterait encore assez longtemps stérile, sans qu'on ait pris cependant aucune précaution d'asepsie. Cette assertion, nous ne pouvons la contredire d'une façon absolue, n'ayant pas fait de recherches bactériologiques sur le pus de ces abcès ; cependant les accidents inflammatoires, les assez nombreuses ascensions thermiques passagères qui surviennent à la suite d'une incision faite sans précaution suffisante, nous paraissent indiquer assez clairement que l'infection secondaire est parfaitement possible, et que là, comme ailleurs, il faut prendre toutes les précautions nécessaires pour l'éviter.

CHAPITRE III

Etude clinique des abcès de fixation

Dans un certain nombre de cas, l'injection de térébenthine pure dans les tissus n'est suivie d'aucun phénomène objectif et subjectif : on dit que l'abcès ne prend pas.

I. Symptomatologie. — Lorsque l'abcès prend, au contraire, on voit, au bout d'un laps de temps variable, apparaître et se développer les symptômes de l'inflammation.

1^o) *Début.* — Entre le moment de l'injection et le début de ces phénomènes, il existe un intervalle de silence. Dans les formes à réaction aiguë franche, cet intervalle est court, 2 à 4 heures, plus court même parfois. Mais très souvent aussi cette période de calme s'allonge, elle peut durer plusieurs jours (une observation où un abcès unique n'a pris qu'au bout de 7 jours).

Mais ces cas de réaction tardive s'observent surtout quand on a dû faire plusieurs injections successives. Les 3 ou 4 premières ne provoquent pas de réaction, ou lentement, la dernière produit une réaction aiguë franche; elle semble alors comme déclencher les processus de réaction, et on peut voir les autres abcès prendre à leur tour, en sens inverse de leur prosection.

Les phénomènes qui traduisent la formation de l'abcès artificiel sont ceux qui traduisent toute inflammation, c'est-à-dire, rougeur, chaleur, douleur et tuméfaction. De ces symptômes, les deux derniers seuls sont constants.

2^o) *Douleur*. — Elle est constante, disons-nous, et la première en date.

Nous ne parlons pas de la piqûre due à l'injection même; celle-ci n'est pas plus forte que la douleur produite par une piqûre de morphine, donc absolument négligeable; nous ne parlons que de la douleur due à la réaction inflammatoire.

Celle-ci termine la période de calme qui suit l'injection; c'est une douleur spontanée, exagérée par la pression et dans les mouvements.

C'est là, sans aucun doute, un gros inconvénient pour la méthode de Fochier. Celle-ci apparaît, en effet, comme un procédé barbare, difficile à faire accepter par les malades, et cela est cause qu'on n'y a guère recours communément que dans les cas désespérés.

Nous croyons, d'après l'examen attentif des ma-

lades, que la douleur produite a été fort exagérée, dans beaucoup de cas au moins elle est bien supportable.

La *durée* de la période aiguë est assez courte, elle n'excède dans la forme la plus commune, généralement pas 12 à 24 heures, à condition que l'on n'ait pas injecté plus de 1 à 2 centimètres cubes par injection.

Dans la suite la douleur spontanée disparaît à peu près ou devient très supportable.

Quant au degré *d'acuité* de la douleur, il dépend de 3 facteurs :

- 1° Le siège et la profondeur de l'injection ;
- 2° L'intensité de la réaction ;
- 3° La sensibilité du sujet.

Le siège de l'injection d'abord. Nous avons vu, dans un précédent chapitre, que le lieu d'élection pour la piqûre, est la paroi antéro-latérale de l'abdomen. C'est là, en effet, que la laxité du tissu cellulaire est la plus grande, là que la distension produite par les exsudats inflammatoires se fera le moins sentir. Ensuite, vient l'empreinte deltoïdienne, puis la partie externe de la cuisse.

Plus importante encore est la profondeur de l'injection. Faite sous l'aponévrose, la douleur est plus vive ; plus vive encore lorsque l'injection a été trop superficielle et faite en partie dans le derme.

Mais pratiquée un peu soigneusement dans la partie profonde du tissu cellulaire, l'injection ne produit qu'une douleur bien supportable, certainement pas plus pénible que celle d'un vésicatoire.

L'intensité de la réaction est le second élément. Il est évident qu'aux abcès à évolution rapide et à grande extension, correspondent les douleurs les plus aiguës. Par contre, les abcès à formation chronique et subaiguë ne sont que très peu douloureux ; la douleur spontanée est dans ces cas au moins négligeable.

Enfin, la sensibilité du sujet est peut-être la condition la plus importante. D'une part, les malades profondément infectées, dont la sensibilité est obtuse, sentent peu ou pas. D'autre part, ce sont toujours, les femmes névropathes que nous avons vu se plaindre vivement de leur abcès, et leur intolérance est ici ce qu'elle serait pour toute méthode thérapeutique un peu agressive.

Notre conclusion est que l'injection de vérében-thine faite avec soin, aseptiquement chez la plupart des infectées, n'est pas excessivement douloureuse, et la méthode ne nous paraît pas mériter pour cela l'anathème.

3° *Tuméfaction*. — Le second phénomène constant que traduit l'abcès de fixation est la tuméfaction, entendue dans son sens le plus général d'augmentation de volume, et non seulement au sens restreint de saillie appréciable à l'œil.

Elle se traduit, dans les premières heures par une sorte de placard induré, à limites vagues, pas toujours très facile à percevoir à la palpation, à cause de la douleur produite par l'examen et de la contraction des muscles sous-jacents.

Peu après, cette tuméfaction se détache, pour ainsi dire, des plans profonds, par une saillie appréciable à la main sous forme d'un noyau dur, gros comme une noix, un œuf de poule, une orange, davantage encore.

4^o *La rougeur de la peau* n'est pas constante. Plus des 2 tiers des abcès de fixation ne déterminent pas de rubéfaction, ou seulement pendant le temps très court où l'envahissement de la peau précède l'ouverture spontanée.

Lorsque la rougeur apparaît dès le début, il s'agit généralement de réactions intenses, aussi nous ont-ils paru être d'un bon pronostic. D'ailleurs ils ne forment certainement pas le tiers des cas.

La période d'état répond à la limitation du processus réactionnel, à la collection du pus ; à ce moment les douleurs disparaissent, il ne reste plus guère que de la sensibilité à la pression.

L'empâtement diffus, à contours imprécis du début fait place à un noyau dur, saillant à la vue et au palper, gros comme une noix, une mandarine, une grenade et même davantage, de forme arrondie ou mieux elliptique. La peau glisse au-dessus de cette tuméfaction.

Sa consistance est ferme ; elle ne devient molle et fluctuante qu'au bout d'un certain temps, lorsque la coque de l'abcès devient moins épaisse et qu'elle se rapproche de la peau.

La terminaison peut se faire, comme nous l'avons vu déjà, de trois façons :

Ouverture spontanée ou incision.

Résorption.

Passage à l'état chronique.

L'ouverture spontanée est précédée par l'envahissement de la peau qui se fixe, devient saillante en un point et rouge violacée.

Dans un assez grand nombre de cas cette ouverture présente cette particularité : il se forme un petit abcès sous-épidermique, communiquant à travers le derme avec la collection hypodermique par un étroit canal (au point de l'injection), ce petit abcès fait saillie, devient pustuleux et crève. Il résulte une ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes à un franc.

A la suite de l'ouverture le pus s'écoule avec les débris sphacelés pendant quelques jours et rapidement cinq à six jours au plus, sauf le cas d'infection secondaire ou d'ouverture trop hâtive de l'abcès, la cicatrisation est faite.

Il persiste encore pendant des semaines, voire même des mois, un petit nodule induré qui se résorbe progressivement et d'ailleurs n'est guère gênant, si ce n'est qu'il est sensible à la pression forte et peut alors empêcher de mettre un corset serré.

Le second mode de terminaison, la résorption est loin d'être rare. Lorsqu'une patiente a eu plusieurs abcès, souvent un ou deux n'ont pas de tendance à s'ouvrir à l'extérieur.

La saillie formée par la collection, qu'elle soit dure ou fluctuante reste stationnaire, puis diminue progressivement jusqu'à résorption complète. Celle-

ci est d'ailleurs longue à se faire, et demande généralement plusieurs mois.

Enfin, le passage à l'état chronique de l'abcès ; dans ces cas l'abcès persiste sans modifications dans les tissus, il n'arrive à la peau qu'au bout de plusieurs mois, ou bien il se résorbe. Nous avons eu ainsi plusieurs fois l'occasion d'observer de ces malades qui sortaient de l'hôpital guéries de leur infection, mais portant l'abcès dans leur flanc et qui revenaient au bout de trois à six mois, parce que leur abcès tendait à s'ouvrir au dehors.

Influence de l'abcès sur la température générale.

— Par contre il est utile de savoir si la formation de l'abcès s'accompagne de mouvement fébrile.

Presque toujours ce sont des abcès apyrétiques ; cela cadre d'ailleurs avec l'absence de germes maintes fois constatée dans le pus. D'ailleurs on pratique ces abcès sur des malades à température élevée, de sorte qu'il est assez difficile de savoir s'ils peuvent ou non déterminer un mouvement fébrile.

Dans plusieurs observations nous avons vu à l'injection de térébenthine succéder une surélévation passagère de la température, qui pourrait bien en être le résultat.

Plus souvent on voit, après l'amélioration de l'état général consécutive à la formation de l'abcès, la température persister pendant une ou deux semaines au-dessus de 38° et l'apyrexie complète ne survenir qu'après incision des abcès.

Dans d'autres cas nous avons pu voir (2 cas) surve-

nir, au bout d'un certain temps d'apyrexie, un mouvement fébrile léger, une fois même avec 40° correspondant à une poussée du côté de l'abcès. Pour achever la démonstration de l'origine vraie de ces poussées on voit l'incision de l'abcès ramener aussitôt la température à la normale.

Pourquoi, dans ces cas, rares d'ailleurs, l'abcès a-t-il provoqué de la fièvre? Pourquoi n'en provoque-t-il pas le plus souvent? Nous ne saurions le dire.

On pourrait songer à une infection secondaire par les microbes du foyer purulent. Nous n'avons malheureusement pas fait des recherches sur ce sujet.

Nous ne croyons pas cependant à cette infection à cause de son extrême rareté.

Cette particularité est cependant intéressante à connaître, car elle permet d'éviter des erreurs d'interprétation et de croire à un retour de l'infection, alors que l'abcès seul est en cause.

Formes cliniques. — Suivant leur évolution nous pouvons diviser les abcès de fixation en deux grands groupes: les abcès à évolution régulière et irrégulière.

Mais, avant de commencer l'étude de ces abcès, nous devons dire un mot de ces cas où l'injection de térébenthine ne détermine aucune réaction, où, en un mot, l'abcès ne prend pas.

Ces cas-là ne sont pas fréquents. Nous en avons observé cependant 17 cas. Il est vrai que, dans un certain nombre, il y avait un peu de réaction, telle l'observation 9 où on note une légère douleur à la pression.

Dans cette occurrence l'injection de térébenthine ne détermine pas plus de douleur qu'une injection d'huile camphrée; la pression elle-même n'est pas douloureuse, la palpation ne donne rien, et on serait incapable de deviner le lieu de l'injection.

Nous verrons dans un chapitre suivant la signification grave qu'il faut attacher à ce défaut de réaction.

Abcès à évolution régulière. — Nous rangeons sous ce titre les abcès qui, après le processus inflammatoire du début, arrivent, au bout d'un temps variable, à se collecter et de là ou bien s'ouvrir spontanément ou, être incisés, ou bien se résorber.

Le temps que mettent ces abcès pour arriver à suppuration est des plus variables. Dans nos observations il va de 6 jours à 3 mois.

Suivant la rapidité de cette évolution et l'intensité de l'inflammation, nous proposons de les diviser en trois groupes :

- 1° Les abcès à allure suraiguë ou phlegmoneux ;
- 2° Les abcès à allure simplement aiguë ;
- 3° Les abcès à évolution lente, véritables abcès froids.

Trifon admettait quatre formes d'évolution et distinguait : la forme de phlegmon diffus, la forme anthracoïde (qui correspondrait à nos abcès suraigus), la forme d'abcès circonscrit et l'abcès froid. Nous éliminons la forme de phlegmon diffus que nous considérons plutôt comme une complication. Nous rejetons le mot anthracoïde, qui ne correspond

pas à la réalité, aucun abcès n'ayant le caractère d'anthrax.

Abcès à évolution suraiguë ; abcès phlegmoneux.

— Nous en avons observé 17.

Leur caractéristique est d'évoluer avec des douleurs vives, de former une collection considérable, de rougir souvent la peau et de tendre à s'ouvrir très rapidement au dehors (du 6^e au 12^e jour).

Le début de la réaction est presque immédiat ; la douleur et l'empâtement commencent deux à quatre heures après l'injection. La douleur est ici particulièrement vive et, de plus, persistante.

Tandis que dans les abcès à évolution moins rapide la douleur se calme au bout de 12 à 24 heures, ici l'accalmie est beaucoup moins nette. Les douleurs spontanées sont exagérées par le moindre attouchement, au point que certaines femmes supportent avec peine le poids de leur couverture. Et cette douleur va en s'atténuant, mais persiste jusqu'à l'ouverture de l'abcès.

La rougeur de la peau accompagne ordinairement cette forme et dès le début. Elle peut manquer cependant, et d'autant mieux que l'injection a été faite plus près de l'aponévrose.

La tuméfaction ne se limite jamais aussi bien que dans les formes moins aiguës, ces abcès-là ne donnent pas l'impression de l'œuf inclus dans l'hypoderme, comme font les autres.

L'ouverture de ces abcès se fait ordinairement par un seul orifice. Nous avons cependant une observa-

tion où elle se fit par plusieurs trous. La poche est, d'ailleurs, généralement unique et, quand on l'incise, il est bien rare qu'on soit obligé de débrider des cloisons dans l'intérieur de l'abcès.

Le pus qui s'écoule est épais, grumeleux, avec des lambeaux larges de sphacèle. La cicatrisation est, d'ailleurs, aussi franche qu'a été leur évolution, et en 3 ou 4 jours, tout est fermé.

C'est dans cette forme-là surtout que l'on voit des élévations thermiques en rapport avec l'abcès de fixation.

Abcès à évolution aiguë. — Ceux-là sont de beaucoup les plus nombreux. Là encore, douleur et empâtement suivent de près l'injection de térébenthine, mais la douleur est beaucoup plus supportable, l'empâtement moins diffus.

Au bout de 12 à 24 heures, la douleur spontanée diminue jusqu'à disparaître presque complètement, mais la palpation est encore douloureuse, de même que la mobilisation. L'empâtement devient moins profond, moins étalé. Il se forme une sorte de tumeur dure, arrondie comme une mandarine ou une orange, saillante, indépendante de la peau. Celle-ci n'a généralement pas changé de coloration.

Au bout de 10 à 15 jours dans cette masse, qui se ramollit, on sent une fluctuation qui devient de plus en plus manifeste à mesure que la coque de l'abcès se laisse éroder.

A partir de ce stade, deux choses peuvent se voir :

Ou bien la fluctuation devient de plus en plus su-

perficielle, l'abcès entame le derme, la peau rougit, il ne reste plus qu'une mince pellicule et l'ouverture se fait, laissant couler un pus bien lié, peu grumeleux ;

Ou bien l'abcès ne manifeste aucune tendance à s'ouvrir ; il reste stationnaire, puis la fluctuation se fait moins évidente ; la masse diminue de volume, n'est plus du tout douloureuse et, bientôt, il ne reste plus qu'un petit noyau induré, qui met, d'ailleurs, plusieurs mois pour disparaître complètement.

Les abcès froids ou tièdes, comme le nom l'indique, évoluent à bas bruit. La douleur est à peu près nulle ; l'empâtement se produit lentement ; la fluctuation apparaît bientôt sans que la malade ait eu en quelque sorte conscience de cette suppuration.

Ce qui le distingue de la forme précédente c'est surtout l'absence de douleur et la lenteur de la réaction.

Ils n'ont aucune tendance à s'ouvrir à la peau ; si on ne les ouvre pas, ils persistent souvent très longtemps, quelquefois ils se réchauffent à l'occasion d'une infection intercurrente, grippe par exemple, et peuvent alors s'ouvrir spontanément. Le plus souvent ils se résorbent, ayant mis plusieurs mois pour accomplir leur cycle évolutif.

Abcès à réaction irrégulière. — Abcès à poussées successives.

Abcès à évolution tardive.

Abcès à évolution interrompue.

10) ABCÈS À ÉVOLUTION RETARDÉE. — Les abcès à évolution tardive se voient presque toujours dans les cas où l'on a fait plusieurs injections.

Il n'est pas rare de voir, en effet, les 2 ou 3 premières injections rester absolument sans effet. Une piqûre suivante détermine un abcès ; on voit alors toutes les autres injections suivre le mouvement, souvent en sens inverse de leur ordre de production.

Nous n'avons qu'une seule observation où une injection unique de térébenthine fut faite, et où cependant la réaction tarda six jours à se produire. Il s'agissait, d'ailleurs, d'une forme d'infection peu grave. Il eut d'ailleurs, une évolution, aiguë, car il fallut l'inciser au 13^e jour.

Cette forme d'abcès à évolution tardive est intéressante à signaler. Elle nous montre que si une première injection n'a produit aucun effet, il n'en faut pas conclure qu'il n'y aura rien à faire, mais recommencer les injections aussi longtemps que l'abcès n'aura pas pris.

Plus intéressante encore est la forme à évolution interrompue.

20) FORME À ÉVOLUTION INTERROMPUE. — a) *abcès à évolution interrompue*. — Nous avons observé ces derniers dans les formes graves.

Dans les heures qui suivent l'injection, douleur et empâtement apparaissent. Quelquefois même la réaction prend une allure franchement phlegmo-neuse.

Mais tout d'un coup, au 3^e ou 4^e jour, avant que l'empâtement ne se soit limité, que la collection ne soit faite, la réaction s'arrête, la douleur disparaît et l'empâtement devient moins sensible, l'abcès semble se flétrir.

Dans deux cas nous avons vu une phlyctène purulente se former sur le trajet de l'aiguille, s'ouvrir et donner une petite plaie large comme une pièce de 0.50 c, atone, sans tendance à la cicatrisation. Au-dessous l'inflammation rétrocede. Tel fut le cas dans une de nos observations, où 7 abcès furent provoqués, où tous eurent cette évolution tronquée, et où la malade d'ailleurs succomba à la pyohémie.

3^o) FORME A POUSSÉES SUCCESSIVES. — L'abcès qui au début semble prendre une allure aiguë, quelquefois même phlegmoneuse, se calme et paraît vouloir se résorber. Au bout d'un temps plus ou moins long, plusieurs semaines quelquefois, il prend de nouveau une allure aiguë et s'ouvre au dehors. Quelquefois on peut ainsi voir se produire plusieurs poussées.

Il est fréquent de voir ces poussées accompagner un état infectieux quelconque (retour d'infection puerpérale, grippe).

CHAPITRE IV

Accidents et complications des abcès de fixation.

1^o) *La douleur.* — Si nous la plaçons ici, avec les complications des abcès artificiels, c'est que souvent elle a été reprochée très vivement à la méthode et qu'elle est une des grosses raisons qui l'ont fait rejeter par tant de médecins.

Certes l'abcès de fixation est douloureux, surtout pendant les premières heures de la réaction. Cependant nous n'avons jamais vu qu'elle fût telle qu'on pût la considérer comme contre-indication. Jamais, dans nos observations, on n'a dû recourir à la morphine ou à quelque autre analgésique, comme a dû le faire Boissard, par exemple ; jamais on n'a entendu de patiente se plaindre bruyamment ; la plupart ne jugeaient pas la douleur beaucoup plus forte qu'avec le vésicatoire.

Nous croyons que ces douleurs très vives, telles que les signale Boissard, ne se voient guère si l'on n'injecte pas plus d'un cm^3 d'essence à la fois.

2) *Phlegmon diffus*. — En dehors de la douleur, nous n'avons jamais relevé dans nos observations d'accidents tant soit peu sérieux et tenant à la diffusion de l'inflammation provoquée.

Une fois, par suite d'une injection trop superficielle intra-dermique, il y eut nécrose assez étendue de la peau. La réparation fut un peu longue à se faire.

Dans une autre observation nous trouvons notée une inflammation phlegmoneuse de toute la partie externe du bras et du moignon de l'épaule, à la suite d'une injection à l'empreinte deltoïdienne. On note sur l'observation que la piqure avait été faite très antérieure et que l'inflammation avait dû se propager par la gaine de la v. céphalique. D'ailleurs, dans ce cas, le pus se collecte parfaitement et l'abcès guérit par ouverture spontanée.

Ce que nous avons vu le plus souvent c'est, à la suite d'une incision, faite avec des soins insuffisants, un peu de douleur et de tension du côté de la poche, coïncidant avec une ascension thermique à 38° , $38^{\circ} 2$, $38^{\circ} 5$, rarement plus, et cette fièvre ne dure guère plus de 3 jours.

C'est dire que les incidents que nous avons pu observer sont de minime importance et encore bien rares.

Cependant, dans la littérature, nous avons trouvé

un petit nombre de cas où l'abcès de fixation a pu déterminer des accidents graves.

1^o C'est d'abord l'allure de phlegmon diffus que l'abcès à prise dans certains cas. Nous faisons allusion surtout ici aux cas de Branthomme ; cet auteur, sur trois sujets (2 pneumoniques âgés, 1 infectée puerpérale jeune) a vu la réaction se produire intensément. Dans les 3 cas l'incision large donna issue à de la sérosité noirâtre, mêlée de débris sphacéliques et cette infiltration, non seulement s'était étendue dans l'hypoderme, mais avait encore détruit l'aponévose et envahi des espaces intermusculaires. Et, cependant, l'auteur avait pris grand soin d'injecter la térébenthine exactement sous la peau. Si, dans 2 cas, il a eu affaire à des sujets âgés, à tissus mal nourris, dans le 3^e, il s'agissait d'une jeune femme, de bonne santé habituelle.

Reste à savoir quelle était l'essence employée, et c'est ce que Branthomme n'a pas dit. En tous cas, si l'aspect, à l'incision, était peu rassurant, les patients n'en guérirent pas moins en 15 jours de leur abcès et, mieux encore, de leur infection.

Un autre accident grave, que nous n'avons vu signalé qu'une fois (Voron et Genet, *Lyon Médical* 1906), est l'ouverture d'un abcès de la paroi abdominale dans le péritoine. Le cas auquel nous faisons allusion fut suivi de mort ; voici dans quelles conditions :

Il s'agissait d'une femme paraplégique atteinte, à la suite de son accouchement d'une infection grave ; injection de térébenthine, mort quelques jours après.

A l'autopsie on put constater un abcès en bouton de chemise avec une poche sous-cutanée et une poche sous-péritonéale, celle-ci ouverte dans le péritoine. Dans la région voisine de cette perforation on voyait une masse d'anses intestinales agglutinées par les fausses membranes; pas de péritonite généralisée.

La conclusion à tirer de cette étude est que les accidents dus à l'abcès de fixation sont rares et de minime importance, à condition que l'on ne fasse pas des doses exagérées (1 c³ par injection que l'on répètera toutes les douze heures, si c'est nécessaire 3 c³ au maximum); faire l'injection exactement sous-cutanée; ni dans le derme crainte d'escharre, ni sous l'aponévrose; enfin se servir d'essence de térébenthine vieille, conservée dans des flacons exactement bouchés et exposés à la lumière solaire, de façon à stériliser; toute autre manœuvre de stérilisation est parfaitement oiseuse; la demander ne serait que rendre la méthode plus compliquée et, partant moins applicable.

CHAPITRE V

Traitement

(1°) *Faut-il inciser les abcès de fixation ?* — La réponse, au premier abord, ne paraît pas douteuse : l'abcès de fixation renferme du pus et, suivant l'aphorisme ancien : *Ubi pus . . .* . . . Cependant il faut remarquer que ce pus est stérile, sans danger par conséquent pour l'organisme.

Aussi a-t-on pu conseiller l'abstention. Laisser l'abcès évoluer spontanément, s'ouvrir de lui-même nous paraît cependant une pratique à délaissier dans la plupart des cas.

Cette conduite, cependant, nous paraît justifiée dans les cas où l'abcès menace de s'ouvrir alors que l'état général est encore grave. En pareil cas il vaut mieux, nous semble-t-il, user jusqu'au bout de son action favorable et le laisser s'ouvrir de lui-même, quitte à le presser ensuite convenablement ; quitte

également à provoquer une nouvelle suppuration, si l'état général paraît encore l'indiquer.

Dans la plupart des cas, cependant, l'abcès n'arrive à complète maturation qu'assez tard, 6^e à 12^e jour dans les cas les plus rapides ; donc à un moment où la situation est jugée dans un sens favorable. Aussi croyons-nous que, dans ces cas les plus nombreux il n'y a aucun avantage à attendre l'ouverture spontanée.

Celle-ci, en effet, ne va pas sans inconvénient. La peau, décollée sur une assez grande étendue, se sphacèle, il en résulte une assez large ulcération qui met plus longtemps à guérir que l'incision du bistouri.

Il est bien évident d'autre part que l'infection de la poche est de ce fait beaucoup moins évitable.

Donc il est préférable d'ouvrir les abcès de fixation.

Mais quand faut-il intervenir ? — Règle générale : ne pas se hâter, ceci pour deux raisons :

La première, c'est que plus on l'attend, mieux l'abcès est collecté, plus simples sont les suites. Si l'on incise trop tôt, comme déjà Carles le faisait remarquer, on obtient un pus séreux, mal lié ; la paroi de la poche est épaisse ; les parties sphacélées, moins divisées, sont plus longues à s'éliminer ; *d'autre part*, dans bien des cas, on peut éviter l'incision, qui est toujours un temps pénible pour la patiente. Nous avons vu, en effet, dans plusieurs de nos observations, un abcès parfaitement collecté, diminuer puis disparaître sans que rien ait permis de le prévoir.

Il faut attendre que la peau soit amincie en un point, prête à s'ulcérer; on a alors une fluctuation tout à fait superficielle, quelquefois la forme d'abcès en bouton de chemise. Alors il est bon d'intervenir, mais alors seulement.

Faite à ce moment, l'ouverture de l'abcès est des plus simples. Inutiles sont ces grandes incisions que l'on faisait au début et qui, comme dans les cas rapportés par Branthomme, semblent s'adresser à un phlegmon diffus. Une simple ponction avec le bistouri est suffisante.

Lorsqu'après la ponction, on voit que l'abcès se vide incomplètement, il suffit de passer une sonde cannelée et d'effondrer les cloisons qui divisent parfois la cavité de l'abcès en plusieurs loges.

Après l'ouverture, on fait un peu d'expression pour faciliter l'issue des lambeaux sphacelés; et on panse à plat sans drainage.

Inutile; comme on l'a recommandé, de cureter la poche; c'est la manœuvre inutile et douloureuse. Inutile de drainer soit avec le drain, soit avec la mèche.

Une seule fois, dans toutes nos observations, on note que l'abcès s'est refermé trop tôt et qu'il a fallu le rouvrir. Quoique les renseignements sur ce cas ne soient pas très précis, il est probable que l'abcès avait été incisé trop tôt.

CHAPITRE VI

Mode d'action de l'abcès de fixation

Comment agit l'abcès de fixation? C'est là une question fort controversée. Nous n'avons pas l'intention d'apporter ici des arguments nouveaux, contentons-nous d'indiquer rapidement l'état de la question.

On peut diviser en deux grandes classes les théories émises à ce sujet.

1^o Celle qui attribue l'efficacité de la méthode de Fochier à la réaction de l'abcès.

2^o) Celle qui l'attribue à l'absorption de térébenthine.

1^o) L'EFFICACITÉ EST DUE A LA RÉACTION DE L'ABCÈS.
—Ce fut l'idée de Fochier et, d'ailleurs, de la plupart des médecins. En effet, cliniquement l'action paraît coïncider avec la réaction de l'abcès; d'autre part,

on a obtenu de bons effets, quoique inférieurs, avec d'autres substances que l'essence de térébenthine. L'essence de térébenthine donnée à l'intérieur ne produit pas les mêmes effets.

Comment agit l'abcédation? Ici plusieurs hypothèses.

a) Théorie de la fixation : c'est celle de Fochier. L'abcès de fixation jouerait le rôle des abcès critiques dans les maladies infectieuses. Il créerait un point de moindre résistance où les germes infectieux viendraient se localiser, comme le montrent les expériences de Charrin.

Carles a essayé de montrer la réalité de cette fixation, en l'étudiant au cours des empoisonnements par le mercure, l'arsenic, le cuivre, métaux faciles à doser. Et il conclut que, dans le pus de l'abcès froid, on trouve plus d'arsenic et plus de mercure que dans le foie lui-même.

Ces expériences sont trop peu nombreuses pour entraîner la conviction. D'ailleurs, le résultat était à prévoir, étant donné la faculté des globules blancs d'absorber les particules étrangères, et le pus des abcès de fixation est fait de globules blancs dégénérés.

Le grand reproche adressé à cette théorie, c'est que si l'abcès fixait vraiment les germes, on devrait les retrouver dans le pus. Or, ce pus est toujours stérile. Fochier et Carles objectent que si l'on ne trouve pas de microbes dans le pus, c'est qu'ils ont été tués par l'essence de térébenthine, qui est un

puissant antiseptique. Nous nous contentons de donner l'explication pour ce qu'elle vaut.

2° *Théorie de la dérivation*, de Dieulafoy. — Très voisine de la précédente; elle suppose que l'abcès attire dans une région non dangereuse cet afflux leucocytaire qui pourrait être dangereux ailleurs. C'est la théorie de la métastase que nous ne pouvons pas discuter ici.

3° *Théorie de la leucocytose*, imaginée par Chantemesse et Marie. — Ces auteurs, d'ailleurs, ne trouvant pas l'hyperleucocytose attendue, tendirent à refuser à la méthode toute efficacité.

De nombreux auteurs, depuis, se sont occupés de la question. Bauer, Boissard, entre autres, ont recherché dans diverses infections les variations leucocytaires produites par l'abcès de fixation. De tous ces travaux, on ne peut rien conclure, les résultats étant contradictoires.

1° L'abcès de fixation paraît sans influence sur le nombre des globules blancs ;

2° Il ne paraît pas influencer la forme leucocytaire.

Peut-on penser, si la quantité de globules blancs ne paraît pas influencée, à une modification de leur qualité? L'abcès de fixation produirait-il une augmentation du pouvoir opsonique des globules? On n'a pas publié de recherches à ce sujet. Les expériences positives de Bossan, relatées dans la thèse de Percerot, d'ailleurs encore trop nombreuses.

pour être probantes, se rapportent aux injections de sérum térébenthiné, non à l'abcès de fixation.

4^o *Théorie de la révulsion.* — L'abcès de fixation ne serait qu'un révulsif, mais énergique; il agirait par l'irritation des terminaisons nerveuses et les modifications vasculaires réflexes qui en résultent. Revillod, Fochier lui-même font une part à cette action. Fochier ne conseille-t-il pas, en effet, de faire l'abcès de fixation à la paroi abdominale de préférence, pour ajouter, dit-il, l'effet révulsif à l'action fixatrice de l'abcès?

II. — L'EFFICACITÉ DE L'ABCÈS EST-ELLE DUE A L'ABSORPTION DE TÉRÉBENTHINE?

C'est la thèse de M. le professeur Fabre. En faveur de cette thèse, on peut fournir des arguments sérieux :

1^o L'essence de térébenthine, *prise par la bouche*, est recommandée depuis fort longtemps contre les infections. Récemment, le professeur Fabre a obtenu des résultats très satisfaisants de l'injection de sérum térébenthiné.

2^o L'amélioration de la maladie précède souvent la réaction de l'abcès.

On peut ajouter que l'absorption de l'essence de térébenthine par la méthode de Fochier est minime. Elle n'est pas comparable à celle qui résulte de l'ingestion ou de l'emploi du sérum térébenthiné. Les cas où l'amélioration précède tout début de réaction

de l'abcès sont rares et, dans les cas où le fait se produit, on peut toujours songer à une simple coïncidence entre l'amélioration de l'état et l'emploi de la médication.

Nous croyons donc, sans, d'ailleurs, pouvoir le prouver de façon absolue, que l'abcès de fixation agit, en tant qu'abcès, non par simple absorption de térébenthine. Nous ne nions pas la valeur des injections de sérum térébenthiné, mais nous pensons qu'il s'agit d'une autre méthode.

Quant à savoir comment agit l'abcès, nous ne savons rien. Des théories proposées, les unes (dérivation, révulsion) expliquent trop peu; la théorie de la leucocytose n'a pas encore pu être formulée à l'heure actuelle; la théorie de la fixation reste hypothétique.

DEUXIÈME PARTIE

RÉSULTATS ET INDICATIONS DE L'ABCÈS DE FIXATION

CHAPITRE PREMIER

Valeur pronostique des abcès de fixation

Nous abordons ici un des chapitre où l'accord est le plus parfait entre les auteurs. Même ceux qui considèrent comme nulle la valeur thérapeutique des abcès de fixation, admettent leur valeur comme moyen pronostic.

Tout médecin qui a pu observer un certain nombre d'infections puerpérales sait combien est décevante l'évolution de cette maladie, et quelle incertitude règne sur son pronostic. Telle infection qui se

présentait sous un appareil redoutable, au moment où l'on s'y attend le moins, tourne court et guérit (ceci explique que toutes les médications aient pu se glorifier de quelques succès) ; telle autre qui paraissait d'intensité moyenne au début, détermine la mort à plus où moins brève échéance.

Nous n'avons, en effet, aucun indice certain de la gravité du cas. L'accélération du pouls au-dessus de 140 et sa petitesse, les frissons violents et répétés, la diarrhée profuse, l'hyperthermie exagérée, la dissociation du pouls et de la température (*crux mortis* de Trendelenburg), l'altération des traits que l'on désigne sous le nom de facies grippé et la dyspnée aucun de ses symptômes n'a de valeur absolue ; ils valent surtout par leur reunion, rare en somme ou trop tardive.

L'accélération et la petitesse du pouls sont certes un bon indice de gravité. Cependant les observations où le pouls a dépassé 140 et même 150 et qui ont guéri ne sont pas rares, et celles où, jusqu'à la veille de la mort, il ne dépassait pas 120 ne manquent pas.

L'hyperthermie exagérée a moins de valeur encore. Sans doute il est rare de voir guérir des affections qui ont dépassé 41° ; il y en a cependant ; ces cas là sont rares, plus rares que ceux où la température n'a jamais dépassé 39°, suivis de mort cependant. L'altération des traits reste d'une appréciation trop arbitraire pour avoir une très grande valeur. La dissociation du pouls et de la température est un symptôme fatal, mais il est inconstant et toujours.

tardif, ne survenant guère que la veille ou le jour de la mort.

La dyspnée, en dehors de toute inflammation et uniquement toxique, est d'un pronostic grave, surtout si elle est forte, et certes un fort mauvais symptôme. Cependant dans nos observations on peut trouver pas mal de guérisons, où l'on avait observé cette dyspnée toxique.

Quant à la fétidité des lochies, elle serait plutôt pour nous un indice favorable.

Ainsi donc les éléments de pronostic tirés de l'examen clinique des malades, pour peu sérieux qu'ils soient, ne permettent guère de donner de la certitude à notre pronostic.

Depuis quelques années certaines recherches de laboratoire ont apporté de nouveaux éléments de pronostic. Ce sont l'examen bactériologique et l'examen cytologique du sang.

La recherche des microbes dans le sang, et particulièrement des streptocoques, a montré la fréquence de la bactérihémie au cours de l'infection puerpérale, comme des septicémies en général. La découverte de cette bactérihémie dans un cas donné doit certainement inspirer des craintes, mais elle n'a de valeur absolue que si elle est persistante et qu'à divers examens elle aille en augmentant (Gröfenberg, *Archiv. f. gynécologie*, 1908).

L'examen cytologique du sang est bien contestable encore dans ses résultats. Grawitz voyait dans l'hyperleucocytose un signe grave ; Hirschfeld et Dutzmann accusaient la leucopénie.

De même il est difficile de tirer de la formule leucocytaire des conclusions fermes. L'éosinophilie, regardée par Bezançon et Labbé, comme d'un bon pronostic, manque souvent; elles sont surtout l'apanage des infections à gonocoques.

L'élévation des neutrophiles au-dessus de 90 pour 100 n'a pas non plus grande signification; la numération des globules blancs du sang ne peut donc à l'heure actuelle, donner aucun renseignement précis.

Ainsi donc ni l'examen clinique du malade, ni les recherches bactériologiques ou cytologiques du sang ne peuvent nous donner de certitude. Les renseignements que peut donner l'abcès de fixation ne sont donc pas superflus.

On admet généralement qu'une infectée où l'abcès térébenthiné ne prend pas, est condamnée, et ceci s'explique. L'injection d'essence de térébenthine sous la peau produit une irritation violente; si aucune réaction inflammatoire ne se produit, c'est que les conditions de résistance et de circulation sanguine sont des plus mauvaises.

L'étude de nos observations nous permet de confirmer la règle généralement admise: un cas seulement où l'abcès a peu réagi a guéri.

Un cas sur 122, c'est peu et cela ne nous empêche pas de confirmer la règle:

« L'absence de réaction est une indice de mort certaine ».

Avec cette restriction, cependant, qu'il ne faudra pas porter un pronostic fatal parce qu'un abcès n'aura

pas réagi. Dans ce cas il faut faire une deuxième, une troisième injection de térébenthine. Il arrive souvent en effet, et nous l'avons vu dans plusieurs observations, que le premier abcès ne réagit pas, alors qu'un second ou même un troisième réagit, entraînant par la suite la réaction des premiers.

Il faut donc, lorsqu'un premier abcès n'a pas réagi, en provoquer d'autres à douze et vingt-quatre heures d'intervalle. Si aucun ne réagit, la partie est bien définitivement perdue, mais seulement alors.

Peut-on dire, d'autre part, que toute malade qui réagit guérira sûrement ? Ceci est une autre affaire.

Sur quarante observations avec décès, nous en avons trouvé douze qui avaient présenté une certaine réaction. Dans un seul cas cependant la réaction a été franche et, dans ce cas, la mort fut accidentelle en quelque sorte causée par une embolie.

Dans tous les autres la réaction avait été peu intense, et surtout irrégulière. Très grave, en effet, devient le pronostic lorsqu'un abcès qui avait l'air de réagir franchement au début s'arrête et se flétrit. Cette régression de l'abcès, alors que la collection purulente n'est pas faite alors que l'état général reste grave est du plus fâcheux pronostic.

Si nous voulons résumer tout ce qui a trait à la valeur pronostique de l'abcès de fixation, nous dirons :

1^o) Lorsque, malgré la répétition des injections de térébenthine, il ne se produit pas d'abcès, pronostic fatal.

2^o) Lorsque l'abcès réagit, la guérison n'est pas certaine, elle est seulement probable.

3^o) Lorsque l'abcès réagit avec une allure de phlegmon, la guérison est à peu près sûre.

La méthode de Fochier possède donc une valeur pronostique de premier ordre, et cela seul justifierait dans une certaine mesure son emploi.

CHAPITRE II

Valeur curative des abcès de fixation.

Pour pouvoir apprécier de façon non équivoque l'efficacité réelle de la méthode de Fochier, il faudrait pouvoir comparer mille infections puerpérales traitées par elle, et mille non traitées par la méthode. Une telle statistique est actuellement impossible. D'autre part, à la Maternité de la Charité, le docteur Commandeur, pleinement convaincu de l'efficacité des abcès de fixation, les a appliqués à tous les cas graves.

Cependant, avec les 120 observations que nous publions, nous croyons possible de se faire une idée rationnelle sur la question.

Sur ces 120 observations, nous comptons 40 décès, 33 pour 100, c'est une proportion très forte ; elle le paraîtra moins si l'on songe que l'abcès a été employé exclusivement dans les cas très graves et,

dans beaucoup de cas à la période terminale de la maladie.

Nous devons distinguer dans ces observations avec décès, 3 catégories :

- 1^o Celle des malades accouchées à la Maternité ;
- 2^o Celle des malades accouchées au dehors ;
- 3^o Celle des affections post-abortum.

1^{re} Catégorie. — Décès de malades accouchées à la Maternité.

Ici 33 guérisons, 6 morts, soit décès 21 0/0.

Analysons chacun de ces cas :

Obs. XXXII. — Infection amniotique grave avec délire, avant la sortie de l'enfant ; l'état est jugé tellement grave que l'on fait la première injection de térébenthine avant la délivrance ; on répète 4 fois l'injection, mort 36 jours après l'accouchement. A l'autopsie : abcès de la paroi utérine et poches purulentes disséminées autour de l'utérus ; en outre abcès du rein droit et de la base du poumon droit.

Obs. XXXIII. — Malade accouchée en ville dans un milieu très sale, sans aucun soin de propreté ; arrive le même jour à la Maternité dans un état de saleté repoussante.

Le surlendemain l'état est très grave ; des 3 injections aucune n'a réagi ; morte 12 jours après l'accouchement avec de la broncho-pneumonie.

Obs. XXXIV. — Malade reçue aux expectantes avant l'accouchement, les membranes se rompent prématurément ; 2^e jour l'état est déjà très grave ; le 3^e jour apparition d'un ictère peu foncé, ce jour là on fait un abcès de fixation ; mort 5 jours après l'accouchement.

Obs. XXXV. — Accouchement normal à la Maternité avec rétention de membranes ; infection grave le 3^e jour ; abcès le 6^e et le 7^e jour, mort le 11^e.

Obs. XXXVI. — Travail long commencé au dehors, forceps au détroit supérieur, délivrance artificielle, début de l'infection le 4^e jour, abcès le 7^e; mort le 10^e jour, péritonite.

Obs. XXXVII. — Tentative de forceps en ville basiotripsie; infection, 39^e à la fin de l'accouchement; abcès le 3^e jour qui ne prend pas; mort le 10^e jour; avec signes cliniques de péritonite.

Obs. XXXVIII. — Forceps au détroit supérieur, déchirure complète du périnée, infection dès le lendemain; 2 abcès le 2^e jour qui réagissent d'abord; mort 37 jours après.

Obs. XXXIX. — Infection venue de l'enfant, mort d'érysipèle le 3^e jour; début de l'infection le 4^e jour; 3^e jour dissociation du pouls et de la température; on fait un abcès de fixation, mort le 13^e jour.

Obs. XL. — Accouchement à la Maternité; rétention membraneuse, curage digital; 3 abcès faits à partir du 6^e jour qui ne réagissent pas; mort le 21^e jour avec broncho-pneumonie.

En somme, probablement 2 morts par péritonite, 1 mort avec des lésions locales très étendues, 1 mort 5 jours après l'accouchement; 1 infection due à un érysipèle de l'enfant, avec déjà de la dissociation du pouls et de la température lorsqu'on eut recours à l'abcès; sur les 4 autres cas 2 fois on note que l'abcès n'a pas réagi.

C'est assez dire que tous ces cas furent des infections extrêmement aiguës et l'échec, dans ces cas d'une méthode thérapeutique ne doit pas la faire condamner.

2^e Catégorie. — Accouchées venues du dehors. — Dans les observations de la seconde catégorie, nous

trouvons 46 guérisons, 20 décès, soit environ 33 pour 100 de décès.

Sur ces 20 décès, il est au moins 10 cas où l'abcès de fixation ne pouvait avoir aucune action. Dans l'observation XIII, la malade entre dans le service le 17 mai, on lui fait l'injection de térébenthine le 18, elle meurt le 19. Dans l'observation XIV, c'est une malade qui entre le 28 juillet avec des signes de péritonite, reçoit le même jour l'injection de térébenthine, meurt 3 jours après.

Dans l'observation XVIII, la malade entre dans un très mauvais état ; on lui fait immédiatement un abcès de fixation, elle meurt 10 jours après ; on trouve une endocardite végétante avec abcès valvulaire, une broncho-pneumonie avec transformation de tout le lobe supérieur du poumon droit en un bloc à l'état d'hépatisation grise.

Dans le n^o XXII, une amélioration survient à la suite des abcès ; ceux-ci furent incisés avant que l'infection ne fut terminée sans que, suivant la règle écrite par Forth, on provoquât un nouvel abcès ; l'état s'aggrava de nouveau, la mort fut d'ailleurs le résultat d'une embolie.

Dans l'observation XXIII la malade entre le 12, reçoit la térébenthine le 13, meurt le 14 avec de la péritonite généralisée.

Dans l'observation XXIV, la malade meurt deux jours après l'entrée dans le service ; à l'autopsie : péritonite.

Dans l'observation XXV, la malade entre avec des vomissements porracés, mort le lendemain.

Dans l'observation XVII, cas identique.

Dans l'observation XVIII, cas identique.

Dans l'observation XXIX, la malade entre le 25 ; on lui fait le 25 et le 26 2 abcès qui ne réagissent pas ; la malade meurt au bout de 5 jours.

Pour tous ces cas malheureux on ne saurait accuser l'insuffisance du traitement, ou bien il existait à l'entrée des lésions irréparables (endocardite végétante avec broncho-pneumonie étendue en péritonite) ou il s'agissait de véritables agonisantes.

Restent 10 observations.

Sur ce nombre on remarque : une infection où les abcès n'ont aucunement réagi ; une où la mort survient pendant une amélioration du pouls et de la température indiscutable ; une observation incomplète ; une troisième où l'infection était compliquée d'un état anémique intense, résultat d'une hémorragie de placenta præviâ.

Dans trois cas on mit en œuvre concurremment avec l'injection de térébenthine le curage de l'utérus indiqué par la rétention membraneuse.

3^o *Infections post abortum*. — Dans la 3^e catégorie nous avons relevé 38 guérisons, 12 décès.

Sur ces 12 décès 4 se sont produits moins de 48 heures après le début du traitement térébenthiné, 1 autre est dû à une volumineuse embolie pulmonaire ;

2 sont dus à de la péritonite généralisée ; dans 2 autres observations l'état est tel que les abcès n'ont pas réagi.

Restent 3 observations où l'on pourrait taxer d'insuffisance le traitement (Obs. V, IX, X.).

OBSERVATION V. — A la suite d'un curage digital, frisson avec 41°8, le lendemain 40°5 on fait l'injection ; on répète le surlendemain ; 3 jours après la malade était morte.

OBSERVATION IX. — Malade arrivée avec 40°2, délirante, prostrée, ne pouvant donner aucun renseignement, on lui fait immédiatement 1 abcès ; elle meurt 4 jours après ; de *septicémie*.

OBSERVATION X. — Infection suite d'un avortement provoqué. A l'entrée état très mauvais, délire, on fait curage et écouvillonnage, la température reste à 40°. On fait 2 jours après un abcès de fixation ; la réaction est faible. La mort survient le 6 mars, 11 jours après l'entrée à l'infirmerie, 3 jours après l'injection de térébenthine. Pas d'autopsie.

Il n'y a donc pas lieu de s'étonner du trop grand nombre de décès que nous avons eu à enregistrer. Dans beaucoup de cas la médication intervint beaucoup trop tard, dans d'autres il existait des infections localisées contre lesquelles l'abcès ne peut rien. On ne saurait, en effet, sérieusement songer à guérir à si peu de frais une péritonite puerpérale.

Dans presque tous les autres cas d'infection générale il s'agissait d'infection extrêmement aiguë, ayant débuté le jour même ou dans les 2 ou 3 premiers jours de l'accouchement. Les observations où la malade a survécu plus de 10 jours à l'abcès sont exceptionnelles.

La vraie conclusion à tirer de l'étude de ces décès est, nous semble-t-il, non pas tant l'inefficacité des abcès de fixation, que la nécessité de les faire plus tôt qu'on ne l'admet communément.

II. — EXAMEN DES GUÉRISONS

Restent à analyser les cas de guérison.

Nous ne voulons pas ici les passer tous en revue. Il suffit de se reporter à nos tableaux pour voir que presque toujours l'amélioration a suivi de près l'injection de térébenthine, en tous cas a coïncidé avec la réaction.

Parmi les observations que nous publions, quelques-unes ne paraîtront pas très concluantes, l'état de la malade au moment où l'on fit l'injection et la façon dont la réaction s'est faite n'ayant pas toujours été exactement notés. Mais il faut bien tenir compte de ce fait que M. Commandeur a toujours fait un choix parmi les infectées et n'a appliqué la méthode qu'aux seuls cas jugés graves.

Un certain nombre d'observations, d'autre part, restent d'une interprétation délicate, nous parlons ici surtout des injections post-abortives.

En effet, souvent le cas était trop grave dès l'entrée pour qu'on attendît les résultats du nettoyage utérin avant de recourir aux abcès de fixation. De telle sorte que, dans l'heureuse issue, il est difficile de faire la part des deux médications.

Néanmoins il est d'autres observations plus convaincantes. On n'a, il est vrai, presque jamais appliqué la méthode de Fochier seule, on a presque toujours eu recours à l'emploi simultané des injections intra-utérines ou même de la mèche iodée.

Il est facile, cependant, ici, de faire la part des deux actions thérapeutiques.

Lorsqu'après l'emploi consciencieux, pendant plusieurs jours, d'injections intra-utérines biquotidiennes, voire même le nettoyage au doigt de l'utérus, en cas de rétention membraneuse, la température ne baisse pas et, lorsqu'on voit la défervescence commencer dès le lendemain de l'injection de térébenthine, on peut croire à une coïncidence et attribuer à l'abcès de fixation le rare mérite d'être venu le dernier; mais si cette coïncidence se répète régulièrement, on est presque forcé d'admettre entre l'intervention thérapeutique et l'abaissement thermique une véritable relation de cause à effet.

Il existe, dans la plupart des cas, une sorte de proportion exacte entre la rapidité de la réaction, son intensité, et la rapidité de l'amélioration.

Nous ne voulons pas ici rappeler toutes nos observations; qu'il nous suffise de citer par leurs numéros d'ordre les plus convaincantes.

Soit, dans la première série, les numéros II, XI, XII, XIII, XVI, XVII, XIX, XXI, XXIII.

Dans la deuxième série, les numéros II, III, IV, VII, XIX, XX, XXI, XXV.

Dans la troisième série, les numéros II, III, VI, VIII, IX, XVII, XX, XXI, XXIV.

Dans d'autres observations, nous trouvons le fait suivant : à la suite de l'abcès, il y a une amélioration de l'état général, mais la température baisse peu à peu; elle ne cède qu'après incision de l'abcès, très rapidement alors.

D'autres fois, l'amélioration se fait attendre ; c'est alors que l'abcès a peu ou pas réagi. Sous ce rapport, une des plus remarquables, que nous publions, est l'observation XXI (2^e série) ; la fièvre d'ailleurs, pas très élevée, avec des oscillations de 1^o du matin au soir, persiste en augmentant un peu d'une façon régulière pendant six jours. En ce temps-là l'abcès ne réagissait pas. Le sixième jour, l'abcès réagit, et immédiatement la courbe thermique descend.

L'exemple est ici à retenir, et semblerait bien montrer que ce qui agit ici, c'est non pas l'absorption de la térébenthine, mais la réaction inflammatoire.

Dans un ordre de faits analogues, nous voyons plusieurs fois la chose suivante :

On fait une première piqûre, pas de réaction ; la fièvre reste la même ; deuxième piqûre, pas encore de réaction, la fièvre persiste ; on fait une troisième piqûre qui, cette fois, prend et immédiatement l'amélioration se dessine.

Il existe cependant quelques observations où l'issue favorable paraît s'être produite en dehors de la médication térébenthinée.

Ces cas valent d'être signalés.

Dans l'observation V, il s'agissait d'une infection peu grave ; la température persistait en diminuant lentement ; l'apyrexie succéda à un écouvillonnage ; ici la rétention membraneuse et l'endométrite étaient seules en cause.

Dans une observation, phlébite gauche qui continue après comme avant son évolution, passe de l'autre côté et donne deux embolies.

Dans l'observation, très incomplète malheureusement, malgré abcès de fixation, injections intra-utérines térébenthinées, l'infection met un mois et demi pour guérir. Dans l'observation, apparition, au lendemain de l'injection de térébenthine, d'un érysipèle de la vulve ; l'apyrexie est survenue neuf jours après le début de l'érysipèle ; les abcès, d'ailleurs, ont peu réagi.

Dans l'observation, gangrène du vagin dont résulte une fistule vésico-vaginale, lésions périnéales étendues, l'amélioration retarda de six jours sur les abcès ; bref, ce sont tous des cas où des lésions locales dominaient la scène (phlébite, gangrène vaginale, endométrite, érysipèle), sauf un, d'ailleurs très incomplètement observé. Donc, dans tous ces cas, l'insuccès était à prévoir.

Donc, amélioration presque immédiate coïncidant avec la réaction de l'abcès, telle est la règle générale.

La défervescence a lieu quelquefois brusquement. En trois ou quatre jours, l'apyrexie est définitive. D'autres fois la température descend par degrés ; quelquefois avec de petites poussées passagères, mais la guérison définitive, en général, ne s'est pas faite attendre.

D'autres fois, enfin, l'amélioration de l'état général est évidente, mais la température persiste jusqu'à l'évacuation de l'abcès ; elle reste alors fixe en 24 heures, pas souvent plus.

III. — L'ABCÈS DE FIXATION EMPÊCHE-T-IL LES LÉSIONS LOCALES ?

Fochier le croyait, beaucoup plus d'ailleurs par suite d'idées théoriques que d'observations.

Nous ne pouvons confirmer son assertion sur ce point. Savoir si réellement les infections localisées à l'appareil génital sont plus rares après l'emploi de l'abcès de fixation paraît difficile. Il faudrait prendre un grand nombre d'infectées traitées sans abcès, le même nombre ayant subi l'abcès, et comparer. Encore faudrait-il qu'on ait affaire à des infections de même nature et de même intensité, ce qui est irréalisable.

Mais nous trouvons dans un trop grand nombre d'observations la production de lésions locales pour que nous restions sceptiques sur cet effet. Les lésions annexielles, périutérines, veineuses ne sont, en effet, pas rares après l'emploi de l'abcès de fixation.

En somme, de l'étude de nos observations, aussi bien des guérisons que des morts, la conclusion qui pour nous s'impose, c'est que l'abcès de fixation a une action curative de grande valeur, que, dans beaucoup de cas, il a pu produire des guérisons inespérées.

Tel semble être, d'ailleurs, l'avis des accoucheurs qui se sont intéressés récemment à la question, celui des Boissard, des Chéron ; telle est l'impression que l'on retire de l'observation remarquable de Looten et Oui (*Ann. de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1909).

Nous dirons, en somme, que la méthode dite des abcès de fixation possède une véritable valeur thérapeutique; nous l'avons vu produire des guérisons dans des cas fort graves, et dans des conditions telles que son influence n'est pas douteuse.

D'autre part, ce n'est pas une médication infail-
libile; malgré son emploi, on compte encore beau-
coup trop de décès. Mais quelle est la méthode in-
faillible?

La sérothérapie de la diphtérie; bains froids dans la fièvre typhoïde comptent des insuccès. Cepen-
dant nul ne songe à leur dénier toute valeur.

Nous continuerons donc de voir dans l'abcès de fixation un bon agent thérapeutique, moins merveil-
leux peut-être que ne l'avait pu croire Fochier, mais
cependant excellent, d'autant plus que son emploi
est d'une simplicité idéale, sans aucun danger, ce
qu'on ne saurait dire de tous les autres procédés,
spécialement l'hystérectomie systématique dans les
cas graves, ou le curetage instrumental préconisé
par Pinard.

Bon dans les infections aiguës, il nous paraît
excellent dans les formes qui se prolongent; il y a à
ce sujet des observations particulièrement démon-
stratives.

CHAPITRE III

Indications des abcès de fixation

Dans quelles conditions au cours de l'état puerpéral faut-il recourir aux abcès de fixation?

Si nous nous rapportons à l'opinion classique, on ne doit faire des abcès artificiels que tout à fait exceptionnellement, et seulement après insuccès dûment constaté de la thérapeutique locale et de la médication générale ordinaire dans les états infectieux.

Jeannin (Traité de l'art des accouchements de Bar) considère cette méthode comme une ressource exceptionnelle et particulièrement adaptée aux infections pyohémiques.

Herbay (Th. Paris 1907-08) considère également cette médication comme susceptible de rendre exceptionnellement des services.

La plupart des auteurs qui admettent l'efficacité

de ces abcès conseillent de n'y recourir qu'en désespoir de cause.

Nous ne sommes pas de cet avis. En effet, les inconvénients de l'abcès de fixation sont réduits; la méthode est d'une application facile, les accidents y sont exceptionnels et, par une technique un peu soigneuse, peuvent être réduits à zéro; la cicatrice qui en résulte ne compte pas. Le seul inconvénient c'est la douleur, et la nécessité d'ouvrir ensuite un abcès; ce que nous avons dit, en étudiant la symptomatologie des abcès de fixation montre combien ces craintes sont exagérées.

D'autre part, en attendant trop, on s'expose à voir l'abcès ne pas se former (témoins les trois cas suivis de mort publiés par Chéron et beaucoup d'autres), c'est s'exposer à voir l'arme se briser dans sa main.

Au contraire, nous pensons que toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une infection sérieuse, il faut recourir à l'injection de térébenthine, au risque même de provoquer quelques suppurations inutiles.

Si l'on assiste aux débuts d'une infection *post partum*, voici la conduite que nous conseillerions, et que nous avons vu tenir à la Maternité de la Charité.

Dès qu'une accouchée prend de la fièvre, après s'être assuré que cette fièvre est bien d'origine utérine, on lui fait deux fois par jour des injections intra-utérines de la solution de Tarnier, ou, mieux, au permanganate, à 1 pour 1000. Si on a lieu de supposer la rétention d'une partie du délivre, ou bien si son intégrité a été douteuse, on explore au doigt l'uté-

rus et on ramène les débris. Encore faut-il être prudent et s'abstenir même de cette manœuvre dans les infections très aiguës.

Si, par ce traitement local, la fièvre n'est pas atténuée, sans attendre plus de 48 heures, on fait un abcès de fixation.

2^e cas. — Si on voit la malade à un stade avancé de l'infection, on essaye le traitement local s'il y a des signes locaux (lochies purulentes, subinvolution utérine, non fermeture de l'orifice interne); on ne fait l'abcès de fixation qu'en cas d'insuccès.

Cependant, pour peu que l'infection paraisse sérieuse, il faut faire dès le premier jour une piquûre de térébenthine que l'on répètera 12 ou 24 heures après si la gravité du cas et l'absence ou l'insuffisance de réaction du premier abcès le justifient.

3^e cas. — Dans les infections, suite de fausse couche, il est un fait d'observation, c'est qu'il n'y a guère d'infection grave sans rétention de tout ou partie de la délivrance.

Aussi, la première chose à faire, sans hésitation possible, est-elle de pratiquer ou de compléter la délivrance par le curage digital et l'écouvillonnage. D'ailleurs, la plaie créée par ces manœuvres est moins vaste qu'après un accouchement à terme, ses dangers sont moindres.

L'abcès de fixation ne viendra qu'après, si cela est nécessaire.

Il n'est pas exceptionnel, cependant, de voir une aggravation passagère après cette manœuvre. Cette

aggravation, si la femme était auparavant dans un état précaire, pourrait suffire à causer une mort rapide. Aussi, dans les cas très graves, vaudrait-il mieux peut-être s'abstenir et recourir d'emblée aux injections intra-utérines d'une part, à l'abcès de fixation d'autre part.

Nous restons fidèles, on le voit, à la pratique des injections intra-utérines. Nous sommes persuadés, en effet, de son efficacité comme moyen de drainage et de son innocuité d'autre part, à condition, toutefois, de les faire avec toutes les précautions aseptiques et la plus grande douceur pour ne pas traumatiser les parois utérines. Nous croyons utile, à ce propos, de recommander la sonde à double courant et à grande courbure du professeur Fochier, qui s'adapte parfaitement à l'antéversion de l'utérus. Dans les cas où toutes les conditions d'asepsie et d'habileté manuelles requises ne seraient pas remplies, nous préférierions encore nous abstenir et faire exclusivement l'abcès de fixation.

La piqure de térébenthine est indiquée, non seulement dans les cas d'infection générale pure, mais encore dans les cas où il existe un début de localisation (phlébite péri-utérine, phlegmon du ligament large, etc.); nous avons l'impression que, dans ces affections encore en voie d'accroissement, l'injection de térébenthine, en diminuant la virulence de l'infection générale, concourt à limiter les lésions locales. Celles-ci, une fois bien établies, l'abcès, évidemment, ne pourra plus grand'chose et ne saurait être que superfétation.

Dans les cas de *péritonite*, l'abcès de fixation est parfaitement inefficace. Beaucoup de nos observations que nous rapportons ont trait pourtant à des péritonites, mais on sait combien est latente la péritonite puerpérale, et combien elle se dissimule sous le masque de la septicémie.

Toutes les fois qu'il existe des signes de péritonite, il nous paraît illusoire de s'attarder à faire des abcès de fixation ou tout autre traitement médical. La seule chose à faire, c'est la laparotomie avec drainage abdomino-vaginal, c'est au moins la seule conduite logique.

Dans le *pseudo-rhumatisme puerpéral* il est tout à fait indiqué de faire un abcès de fixation, à condition toutefois que les manifestations articulaires soient multiples et mobiles; l'abcès térébenthiné paraît jouer dans ces cas un rôle véritablement fixateur.

Enfin l'injection de térébenthine a encore été tentée dans cette forme particulière d'infection qu'est la « manie puerpérale ». Chambrelent, notamment, l'a essayée; il a obtenu une diminution de l'infection générale, mais sa malade est restée aliénée. Rien d'étonnant, si l'on songe à l'importance prépondérante de la prédisposition individuelle dans l'éclosion de ces troubles nerveux.

Bref, on doit faire un abcès de fixation :

Dans les infections puerpérales au début, dès que la thérapeutique locale a montré son insuffisance ;

Dans les infections avancées, quelles que soient leurs formes, septicémie, pyohémie, qu'elles soient aiguës

ou qu'elles se prolongent, quel que soit l'agent infectieux ;

Dans les infections péri-utérines en voie de formation avec phénomènes infectieux sévères, pour tâcher de limiter les dégâts ;

Elle est indiquée encore dans les pseudo-rhumatismes infectieux ;

Dans la péritonite, dans la manie puerpérale, l'abcès de fixation ne sert à rien.

Contre-indications. — Il n'y en a pas.

Ni l'albuminurie, même avec des œdèmes étendus ; ni l'anémie extrême (1 cas de Chéron, 798.000 globules rouges) ; 1 cas personnel 176 pulsations à la minute avec guérison, ne sont des contre-indications.

Trifon admet que peut-être, dans les cas de diabète, les abcès pourraient déterminer des accidents gangréneux, et devraient être évités. C'est là une crainte théorique, qu'aucune observation n'est encore venue soit infirmer, soit confirmer.

OBSERVATIONS AVEC GUÉRISONS

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrées à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Obs. I. — M. Rétention placentaire. F., 21 ans, avortement à 3 mois, le 23 nov. 1903.		27 novemb.	A l'entrée : 40°2. Le 28 : curage digital et curetage, la température descend à 39°, puis à 38°. Le 4 ^{er} décembre, on note un abcès à la fesse gauche. Le 5 décembre, phlébite à droite, la température remonte au-dessus de 39°.	1 ^{er} abcès de fixation : 7 décembre. 2 ^e abcès de fixation : 10 décembre. 3 ^e abcès de fixation : 13 décembre.	La température reste au-dessus de 39°, malgré les deux premiers abcès. Le 12 décembre : phlébite gauche ; température : 40°. 17 : la température est revenue à 39°, depuis le dernier abcès. Le 19 décembre, ouverture de l'abcès de la fesse ; à la suite, la température descend à 38°. Le 7 janvier : elle est à 37°. Guérison après deux embolies pulmonaires, survenues après des tentatives de mobilisation.	
Obs. II. — C. Rétention placentaire, col déchiré. N., 22 ans, avortement à 5 mois, 13 déc. 1903.		13 décemb.	A l'entrée, 37°2 ; le 15 décembre, 40°, curetage digital et écouvillonnage. Le 16 décembre : 40°8, avec oscillations de 2 degrés.	Abcès de fixation, le 16 décembre soir.	Dis le lendemain de l'abcès, la température descend à 39° ; défervescence en lysis. 20 décembre : hier et aujourd'hui, 37°4, 37°6. 24 décembre, apyrexie définitive.	Injections intra-utérines, le 18, 21, 22 décembre.

OBSERVATIONS AVEC GUÉRISON

1^{re} Série. — Infections post-abortives.

Obs. III. — M. S., 25 ans, 4 mois 1/2, 6 mai 1904.	Rétention placentaire.	6 décembre.	A l'entrée, 37°5; pas d'hémorrhagie; on attend. Le 8 décembre: 39°5; le soir, curetage digital et écouvillonnage; poulx bon.	Abcès de fixation, le 8 décembre soir.	Le 9 décembre: la température remonte à 40°; on fait une injection intra-utérine. Le 10, la température baisse; apyrexie le 13 décembre.
Obs. IV. — C., 26 ans, 2 m 1/2, 16 oct. 1904.	Essai de délivrance en ville.	21 octobre.	A l'entrée: 40°; délivrance artificielle. Le 22 octobre, la température reste un peu au-dessous de 40°, l'état paraît assez mauvais.	1 ^{er} abcès de fixation, le 22 octobre. 2 ^o abcès de fixation, le 23 octobre. Le 8 novembre, on note que le premier abcès est gros comme un œuf de poule et fluctuant.	Le 23 octobre soir: la température commence à baisser; elle continue à baisser avec des oscillations les jours suivants. Apyrexie. le 12 décembre.
Obs. V. — C., S., 24 ans, 1 mois 1/2, 21 mai 1903.	Rétention placentaire.	21 mai.	38° à l'entrée, délivrance artificielle; écouvillonnage. 22 mai: 39°7; état inquiétant,	22 mai: abcès de fixation, réaction immédiate. 2 juin: incision.	Dès le lendemain, abaissement thermique à 37°2. Poussée fébrile passagère, les 26, 27, 28 mai; l'incision de l'abcès est suivie d'une troisième poussée avec frissons, 39°2 de temps à autre, qui dure jusqu'au 16 juin. Guérison.
Obs VI. — T., 37 ans, 3 m., 23 mai 1903.		27 mai.	39°6 à l'entrée; injections intra-utérines. 29: la température reste au-dessus de 39°.	29 mai: abcès de fixation, réaction. Incisé le 10 juin.	A partir du 29 mai, la température descend, puis elle reprend avec des oscillations, augmente encore après incision de l'abcès. Le 19 juin, on constate de l'annexite à droite. Guérison le 3 juillet.

injections intra-utérines, les 3 premiers jours.

injections intra-utérines jusqu'au 25 juin.

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrée à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Cas VII. — A, 26 ans, fausse-cou- che de 6 m, 21 novembre 1903	Fœtus mort et ma- céré. Rétention partielle du placenta.	2 décemb.	Température oscille entre 38° et 39° à l'entrée. L'état n'est pas inquiétant. On fait un curage digital et des lavages intra-utérins.	Un abcès de fixation a été fait en ville, au niveau de l'emprein- te deltoïdienne; il donne un phlegmon étendu à tout le bras (l'injection a dû être faite trop en dedans et le pus semble avoir fusé le long de la veine céphalique). Le 12 décembre; il s'ouvre spontané- ment par plusieurs orifices.	Pendant le séjour dans le ser- vice, l'état n'a pas paru très inquiétant, mais il y aurait eu une amélioration au mo- ment où l'on a fait l'abcès de fixation avant l'entrée dans le service.	
Cas VIII. — B, 40 ans, fausse-cou- che à 5 mois, 30 av. 1904.	Délivrance artifi- cielle à l'infirme- rie.	20 avril.	2 mai, la température à 38°5; pouls à 100.	Abcès de fixation à la paroi abdominale. 16 mai: l'abcès forme une collection volu- mineuse, mais sans tendance à s'ouvrir.	8 mai: la température est revenue à 37°2.	Injectons intra- utérines quo- tidiennes, du 2 au 8 mai.
Cas IX. — B, 22 ans, fausse-cou- che à 4 mois, 12 av. 1905.	Avortement crimi- nel.	17 avril.	A l'entrée, ventre ballonné et douloureux à la pression; vomissements bilieux; pouls 96; langue sèche; tempé- rature 39°2 18 soir: 40°.	18 avril: abcès de fi- xation. 9 mai: poussée fébrile hier et avant-hier, ayant atteint 40°2. Incision de l'abcès.	A partir du 13 avril, la tem- pérature descend, elle est au-dessous de 38°, le 24 avril. La poussée fébrile des 7 et 8 mai paraît due à l'abcès	

Obs. X. — C. L., 32 ans, fausse-cou- che, 4 mois, 17 oct 1905	Hémorragies abon- dantes. Délivrance arti- ficielle.	18 octobre.	A l'entrée, 39°5, point de côté à la base droite; tendance à la syncope et pâleur dues à la perte de sang. Le 25: frissons 39°; pouls à 140, petit, dyspnée. La fièvre persiste avec état grave, malgré les injections de sérum terchéthuiné quotidiennes.	A l'entrée: deux abcès de fixation. 10 décembre: incision du premier abcès. Le 29 décembre: incision du deuxième abcès.	douloureux à ce moment; d'ailleurs l'incision fait disparaître cette poussée immédiatement.	Lavements de sérum. Injections de sérum terchéthiné, du 25 au 4.
Obs. XI. — T., 34 ans fau- se-couche de 2 mois 1/2, 27 septembre 1906.	Le soir même de l'expulsion du fœtus, délire, 40°5; frissons.	29 sept.	A l'entrée, la température est à 37°8; le pouls à 100. 30: écouvillonnage, injection de permanganate. 2 octobre: pertes très fébriles, pouls 120, températ. 40°6.	2 octobre: abcès de fixation. 3 octobre: abcès réagit. 4 octobre: réaction phlegmoneuse avec rougeur de la peau. 12 octobre: ouverture spontanée.	Dès le lendemain de la provocation de l'abcès, la température retombe à 39°; le surlendemain, 38°2. Le 7 octobre: apyrexie.	Injections intra-utérines quotidiennes jusqu'au 30 septembre au 6 octobre.
Obs. XII. — G. M., 36 ans, fausse-cou- che, 6 mois, 14 juil. 1907.	Rétention membra- neuse: expulsion spontanée du fœtus et du placenta.	31 juillet.	A l'entrée, la fausse-couche n'est pas achevée, 38°7. Le 14: fausse-couche, 39°4. Le 20: malgré les injections intra-utérines quotidiennes, la température monte à 38°5, pouls à 120.	20 juillet: abcès de fixation	La température, qui s'élevait progressivement à partir du jour de l'injection de terchéthine, redescend. Apyrexie quatre jours après.	Injections intra-utérines quotidiennes jusqu'au 20 juillet.
Obs. XIII. — L. M., 31 ans, 3 nov, 1905,	Rétention placentaire partielle.	7 nov.	A l'entrée, ventre météorisé, facies mauvais, température 40°4.	14 nov. abcès de fixation, réaction pas notée.	Le 3e jour après l'injection de terchéthine abaissement thermique.	Injections intra-utérin du 7 au 14 nov.

Noms et date de l'accouchement	Suites immédiates	Entrées à l'infirmierie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
accident à 8 mois.			On fait un curage digital. 8 nov. : la température est tombée à 37°. 12 nov. : la température est remontée progressivement à 39°2, signes de phlébite à la jambe gauche ; gouttière. 14 nov. : la température continue à s'élever.		La température se maintient oscillante entre 37° et 38°2.	
OBS. XIV. — A. P., 38 ans, 4 déc. 1908, f. connue.	Hémorragies pendant 4 jours.	5 déc.	Depuis 2 jours température dépasse 39°2, ventre souple.	6 déc. : abcès de fixation. 7 déc. : abcès est douloureux. 14 déc. : abcès volumineux, fluctuant. 19 ouverture de l'abcès.	Dès le 7 la température de 39°5 passe à 38°. Dès le 15 déc. apyrexie.	
OBS. XV. — B. F., 42 ans, 1 ^{er} déc. 1908.		11 déc.	40°4 le soir, pouls 130 ; après une ascension progressive de la température depuis l'entrée.	11 déc. : abcès de fixation. 13 déc. : abcès de fixation. 15 déc. : les 2 abcès réagissent bien, ils forment des plaques volumineux, la peau rougit, le 2 ^e abcès a suivi de très près la réaction commencée par le 2 ^e .	Lors du 2 ^e abcès la température avait tendance à redescendre ; la défervescence s'accroît dans les jours suivants. Le 26 déc. : oscillations thermiques 38°39°, ou reconnaît de la périmérite. 25 janvier : apyrexie ; souffre du ventre, passe en gynécologie.	

Obs. XVI. — Bouche, 6 mois, 10 fé- vrier 1909.	Placenta prævia. Le 1 ^{er} ballon se déchire, on met successivement 2 autres ballons; cela dure 24 heures. Extraction par ver- sion podolique. Délivrance artific.	15 févr. : température régulière- ment ascendante depuis le 12, aujourd'hui 39°8 le matin, 42°0 au poulx.	19 déc. : incision du 2 ^e abcès. 22 déc. : incision du 1 ^{er} abcès.	17 février : la température est tombée à 38°5 ; chute parallèle du poulx. 23 février : la température est remontée à 39°8 hier ; on fait le 2 ^e abcès de fixa- tion. 29 février : la température remonte depuis le 26 ; otite suppurée. 5 mars : paracentèse du tym- pan ; pus à streptocoques. 27 avril : phlébite gauche ; gouttière Bonnet ; guérie le 8 mai 1909.
Obs. XVII. — D. E., 27 ans, avorte- ment à 3 mois, 13 juil- let 1907.	Délivrance artifi- celle en ville.	A l'entrée 39°4, lavage intra- utérin ramène des débris ; douleur dans la fosse iliaque gauche. 20 juillet : la température re- monte à 39°, poulx 124.	20 juillet : abcès de fixation. 25 : l'abcès réagit. 30 : l'abcès est moins douloureux.	A partir du 20 juillet la tem- pérature baisse et revient en 4 jours à la normale définitivement.
Obs. XVIII. — P. M., 40 ans, fausse couche de 2 mois et demi, 6 nov. 1907.	La délivrance met 2 jours à se faire Inject. intra-utéri- nes en ville. Albuminurie.	A l'entrée 40°8, lochies pu- rulentcs, vomissements, ventre souple. 14 : curage digital, écouvillon- nage. 16 : température reste à 40°7, langue bonne, séro-diag- nostic typhique négatif.	16 nov. : abcès de fixation. 25 : abcès de fixation. Le 4 ^{er} réagit peu. Le 2 ^e donne une réac- tion avec rougeur de la peau ; incisé le 3 décembre. Le 28 décembre on	Dès le 16 la température baisse ; le 19 elle remonte jusqu'à 40° avec grandes oscillations. Le 22 elle est aux environs de 38°, l'albumine a dis- paru. Le 24 soir : 39° ; on fait le 2 ^e abcès de fixation ; à par-

Noms et date d'accouchement	Particularités de l'accouchement	Entrées à l'infirmerie	Observation avant l'abcès	Abcès et ses particularités	Résultats	Autres traitements
Obs. XIX. — M. C., 36 ans, fausse couche à 3 mois et demi. 5 mars 1908	Delivrance artificielle en ville.	20 mars.	A l'entrée malade très affaiblie, ventre ballonné, sou- ple; 38°7. 24 : la température s'est élevée un peu et présente des oscillations. Aujourd'hui 39°, pouls 120.	note que le 1er abcès qui avait paru prendre une allure phlegmoneuse a rétrogradé et forme un petit cordon indolent du volume du pouce.	tir de ce jour chute progressive de la température, apyrexie définitive après le 3 déc.	
Obs. XX. — B. M., 32 ans, avortement à 6 semaines, 3 juin 1907.	Manœuvres abortives.	5 juin.	39°6, curage digital, lavage intra-utérin. 8 juin 39°7, état généralement mauvais, pouls 130.	8 juin : abcès de fixation. 9 : réaction vive. 10 : allure phlegmoneuse. 19 : incision : l'abcès forme 3 poches, on débride les cloisons à la sonde cannelée.	A partir du jour de l'injection, abaissement progressif de la température. Sort le 5 avril, apyrétique depuis 3 jours. Le 10 juin : 38°2, pouls 112, la température s'est maintenue autour de 39°. Le 22 : ouverture d'un abcès du Douglas dans le rectum. Le 4 ^{er} avril : malade sort gardant une masse indurée à gauche.	
Obs. XXI. — R. L., 22 ans, avortement de 3 m. 24 août 1908		27 août.	39°5, petres fébriles, pouls 32 col fermé. 28 août : même état. 29 août : 39°2, langue sale, pâleur du visage, mal de	28 août : abcès de fixation 29 : abcès de fixation. 1 ^{er} abcès incisé le 13 septembre.	Défervescence brusque, à la façon d'une défervescence de pneumonie, le 30 août.	

Obs. XVII. — V. L., 35 ans, avortement de un mois et demi. 22 oct. 1908	29 oct.	gorge, pouls 110, rien aux poumons. 3,65, pouls 110, plus de perçes, pseudo rhumatisme infectieux.	Le 2 ^e abcès s'est résorbé complètement 25 oct : abcès de fixation. 3 nov. : abcès a réagi nettement.	La température du début n'a duré que 3 jours. Le 7 nov. : les douleurs rhumatoïdes ont presque disparu.
2^e Série. — Malades venues du dehors à la 1^{re} infirmerie.				
Obs. I. — P. M. 23 ans, à terme, 1 ^{er} février 1903.	6 février.	Agitation, soif vive, frissons, pas de vomissements. Température : 40°2, pouls : 125.	13 février : abcès.	Le 23 février : apyrexie.
Obs. II. — M. 39 ans, à terme, 14 mars 1903.	26 mars.	4 ^{re} ventre météorisé, diarrhée, délire. Pouls : 120-140 ; expulsion de débris membranex.	28 mars : 1 ^{er} abcès, 29 — : 2 ^e abcès. 4 avril : on note que les 2 abcès ont bien réagi.	2 jours après le dernier abcès, la température descend à 38°, 38°, se régularise, pouls descend régulièrement à partir du 29 mars, sort guérie le 29 avril 1903.
Obs. III. — R. A. 21 ans, à terme, 28 juin 1903.	6 juillet.	Température : 40°3, pouls assez bon, albuminurie légère, à la base droite submatité, souffle léger.	7 juillet : 4 ^{re} abcès. 8 — : 2 ^e abcès. Ouvert le 15 juillet.	Les signes d'épanchement pleural sont nets. <i>Pas à streptocoques</i> dans la pleèvre, la malade refuse l'opération ; guérit à la suite d'une vomique. 30 janvier 1904 ; elle va bien, déformation thoracique.
Obs. IV. — C. 26 ans, à terme, 7 janv. 904.	15 janvier 1904	Signes d'infection grave Température : 40°2-40°6. 19 janvier : Dyspnée, pouls :	15 janv. : 3 abc., de fixation. 22 janvier : abcès mûrs, ils sont incisés.	Dès le 22 janv. après ouverture des abcès de fixation, température commence à baisser vers 39°.

Cryogénine, injections intra-utérines Colibacil.

Injections intra-utérines au début, Colibacil le 26 mars.

Noms et Dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrées à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Obs. V. — A. 23 ans à terme, 24 févr. 1904.			130, température oscillante : 38°4 et 40°6. Dès l'entrée on note un phlegmon du 1 ^{er} espace intermémbracien.		Déferescence complète à partir de l'ouverture du phlegmon de la main le 3 février.	
Obs. VI. — M. 23 ans, à terme, 23 mars 1904.	Accouchement normal, douleurs abdominales au 3 ^e jour.	1 ^{er} mars 1904.	Température : 39°8, 39°. Bon état général.	4 ^o mars : abcès de fixation, il réagit peu, n'est pas incisé.	La température baisse régulièrement depuis l'entrée, 5 mars, écouvillonnage suivi d'une baisse immédiate de température.	Ecouvillonnage injections intra-utérines.
	Délivrance incomplète.	29 mars.	Température : 40°6, pouls 110-120, albumine, ventre ballonné, état inquiétant. 3 avril grandes oscillations, 38°40°.	31 mars : abcès de fixation. 1 ^{er} avril : abcès de fixation. Ils ne réagissent pas. 3 avril : abcès de fixation qui réagit. S'ouvre spontanément le 18 mai.	Cette déferescence a commencé le 6 avril. Apyrexie le 21 avril.	Injections intra-utérines.
Obs. VII. — G. 26 ans, à terme, 4 fév. 1905.	Accouchement duré 2 jours, 2 frissons pendant l'accouchement, le soir même 39°	8 février.	Température : 39°3. Pouls : 120 ; albumine, expulsion de membranes.	24 février : abcès de fixation. 7 mars : incision.	La fièvre a persisté 38°, 39° jusqu'au 7 mars, apyrexie après incision de l'abcès, immédiate.	Lavages intra-utérins dès l'entrée.
Obs. VIII. — L. 24 ans, gémellaire, 3 avril 1905.		7 avril.	Température : 39°8, pouls 125 mais fort ; l'état ne paraît pas très atteint.	8 avril : abcès. 16 — : incision.	Dès l'entrée, la température tombe progressivement 38°1 le 16 avril. Guérie le 19 avril.	---

Obs. IX. — B. 26 ans. à terme, 23 mars 1905.	Accouchement normal, 2 ^e jour : douleurs abdominales, fièvre.	29 mars.	Ventre douloureux, albumine. Pouls 120, température : 40°3. Délire. Etat paraît grave. Streptocoque dans les lochies.	29 mars : abcès. 3 avril : abcès. 1 ^{er} abcès incisé le 12 avril. 2 ^e abcès incisé le 30 avril.	Dès le 30 mars, la température devient oscillante, mais reste élevée. Elle ne baisse vraiment que 3 jours après le 2 ^e abcès. L'appresie définitive suit immédiatement l'incision du 2 ^e abcès.	Lavages intra-utérins.
Obs. X. — B. 23 ans. à terme, 23 mars 1905.	Hémorragie après la délivrance, début d'infection au 2 ^e jour.	29 mars.	40°, pouls 130, teint pâle. Fistule recto-vaginale. Thrombus de la vulve.	30 mars : abcès de fixation. 3 mai : incision.	Général. Pas de lavages.	Pas de lavages.
Obs. XI. — D. 29 ans. à terme 1905.		14 avril.	39°7 pouls rapide. Les jours suivants la température a des oscillations de plus de 1°. 21 avril : 40°5. 22 — : grandes oscillations. Streptocoque dans les lochies.	Abcès de fixation.	Général le 14 mai 1909.	Lavages intra-utérins.
Obs. XII. — F. 34 ans. à terme, 25 mai 1905.	Accouchement à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, poche des eaux rompue en ville version ; délivrance artificielle, le jour même : 38° pouls 130 les jours suivants 39° et au-dessus, pouls 140.	12 juin.	Etat grave. Température 39°, 40°. Teint terreux, délire violent, escharre fessière.	5 abcès de fixation dans les 6 premiers jours qui suivent l'accouchement. 4 ^e incisé : 4 juin. 2 ^e — : 8 — 3 ^e — : 20 — 4 ^e — : 8 juillet.	Général le 10 août 1905.	Injectons térébenthinées intra-utérines, qui ont paru avoir effet heureux.
Obs. XIII. — L., à terme, 5 juillet 1905.	Infection débute le 4 ^e jour.	15 juillet.	Ventre météorisé, abatement ; 40°, pouls 170.	17 juillet : 1 ^{er} abcès. Réagit immédiatement. 20 juillet : 2 ^e abcès.	Après le 1 ^{er} abcès chute passagère de température. 20 juillet frisson 40°2.	Inject intra-utérines de permanganate.

Noms et dates des accouchements	Suites immédiates	Entrée à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Obs. XIV — N., 34 ans, à terme, 40 nov. 1905.		14 nov.	Temp. à clochers: 40.3 maxi- mum. Délire, toux, expectoration muco purulente. 28 nov.: empiètement dans le cul-de-sac latéral gauche; 44° le soir, 38.4 le matin.	29 juillet: Ouverture spontanée du 1 ^e ab- cès. 3 août: incision du 2 ^e suivie d'un peu de fièvre par infec- tion secondaire pro- bable.	22 juillet début de déferves- cence. 26 juillet nouvelle poussée à 40° très passagère. Sort guérie le 8 août 1905.	Du 20 au 26 injections in- tra-utérines térénthi- nées.
Obs. XV, — M., 24 ans, à terme, 12 juin 1906.	Acc. normal. 13 soir: frissons. 14, frissons, 40.2.	14 juin.	Frissons, temp. oscillante, pouls 136. Dyspnée, prostration. Déchirure complète du périnée	19 juin: abc. de fix.	La température qui oscillait de 38.5 à 41°, baisse peu à peu à partir du 23 novem- bre, elle reste oscillante entre 37° et 39° jusqu'au 22 décembre. En mars 1906, la malade passe en gynécologie pour collection salpingienne.	Injections in- tra-utérines dès l'entrée.
Obs. XVI. — B., 22 ans, à terme, 31 oct. 1906.	Acc. normal. Début de l'injection imocu Pas de frissons Pas de fétilité des loches.	9 nov	40°, pouls: 100, faciès bon, utérus ouvert, expulsion de débris placentaires 11 nov.: 40° 4, pouls 100.	11 nov.: abc. de fix. 22 juin: incision.	15 novembre: la temp. reste entre 38° 40°, noyaux de mastite double qui se résor- bent. 19 novembre: les noyaux de mastite ont disparu. Guérie le 8 décembre.	10 nov., en- tage digital, injections in- tra-utérines

Obs. XVII. — P., 30 ans, à terme, 22 janv. 1907.	Fièvre le 4 ^e jour. 2 fév.	Temp. : 39°, 40°, état relatif- vement bon 1 seule injection intra-utérine fait tomber la température. 6 février : fièvre remonte à 38°8.	6 fév. : abc. de fix. 29 fév. : il est collecté. 25 fév. : incision. Bronchite aiguë les jours sui- vants. 4 mars : induration dans le cul-de-sac latéral gauche. Guérie définitivement le 15 juillet.	La température revient à la normale dès le jour de l'in- jection de thérapéutique. —
Obs. XVIII. — F., 26 ans, à terme, 13 juin 1907.	Acc. normal. Dès le lendemain, frissons.	Infection à poussées succes- sives de virulence progres- sivement atténuée Le puits n'a jamais dépassé 120. 8 juin : frisson, 41°. 3 juillet : frisson, 39°. 5 juillet : frisson, 38°5. 28 octobre : curage, écouvil- lonnage, la fièvre continue à s'élever. 3 novembre : 40°, puits, 120.	19 juin : abcès. 23 juin : 2 ^e abcès. Ils régressent dès les premiers jours. Le 1 ^{er} est incisé le 17 juillet, sans donner de pus. Le 2 ^e se résorbe. 3 nov. : abc. de fix. incisé 8 jours après	—
Obs. XIX. — C., 31 ans, 7 mois, 20 sept. 1908.	Acc. inopiné en voiture. Immédiatement après 39°8. Le lendemain 39°5. Le 3 ^e jour 37°5. Le 8 ^e jour : re- prise de la fiè- vre.	28 octobre : curage, écouvil- lonnage, la fièvre continue à s'élever. 3 novembre : 40°, puits, 120.	Déferescence immédiate après l'abcès. Curage digital et écouvil- lonnage. le 28 octobre.	—
Obs. XX. — C., à 8 mois 1/2 6 avril 1908.	Délivrance artifi- cielle longue ; depuis lochies fétides, avec des caillots.	Malade anémiée, expulsion de détritus de membranes. Bartholinite. 38°2 ; puits : 116. 20 avril : ouverture spontanée d'abcès de la glande de Bar- tholini. 22 avril : 40° 2 ; douleur dans le mollet gauche, gouttière de jambe.	24 avril : abcès de fixa- tion. 25 avril : 2 ^e abcès de fixation. 28 avril : un des abcès réagit bien, rubéfac- tion de la peau. 21 mai : ouverture pon- tannée de cet abcès. 4 mai : légère élévation	Dès le jour du 1 ^{er} abcès, la température a tendance à descendre, mais le pus continue à s'élever. Après le 2 ^e abcès puits et température baissent paral- èlement. 25 avril : (Edème phlébitique de la jambe gauche. 6 mai : Apixie définitive.

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrée à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Obs. XXI. — D., à terme, 20 août 1908	Pas de renseignements.	19 sept.	24 avril : état continue à s'aggraver ; 40° 7, pouls 125.	de température, due à infection de l'abcès. 7 mai : il est cicatrisé ; le deuxième donne induration profonde. 25 mai : on l'incise. 6 juin : il est cicatrisé.	Du 19 au 21 la température s'élève progressivement. 24 septembre : 40° 2. Chute brusque de température les jours où l'on note que l'abcès réagit.	
Obs. XXII. — G., 29 ans, à terme, 4 juin 1908.	Accouchement normal. Lavages intra-utérins en ville. Coliques et fièvre.	11 juin	Pouls 124 ; délire. Douleurs dans la cuisse et la fesse gauches. Température à grande oscillation, maximum 40°. 13 juin : frisson, 40° 2 ; pouls 160°	13 juin : abcès. 15 juin : il réagit. 17 juin : deuxième abcès ; il réagit immédiatement. 24 juin : incision du 2 ^e abcès ; le 1 ^{er} se résorbe.	27 juin : Phlébite. 8 juillet : Ouverture dans le rectum d'un abcès du Douglas. 5 septembre : Sort guérie.	Injection intra-utérine, dès l'entrée.
Obs. XXIII. — V., à terme, 25 février 1908.	Accouchement spontané, normal	2 mars	38° 4 le matin, 40° le soir. L'état paraît bon. Le lavage ramène des débris. Fibrome de la corne droite.	3 mars : abc. de fixation ; allure phlegmoneuse au début, résorption. Sort guérie le 27 mars.	La fièvre n'a duré que 3 jours.	—

Obs. XXIV. — V., 34 ans, à terme, 20 mars 1908.	Grippe avant l'accouchement. A accouchement normal. 10 ^e jour, douleur abdominale vive, frissons ; 39°4.	Empatement dans fosse iliaque. Température à oscillations autour de 39°.	17 avril : abc. de fixation, réaction phlegmonieuse. 16 avril : incision. 22 avril : cicatrisation.	8 avril : On note empiètement du cul-de-sac gauche ; utérus fixé. Sort le 16 avril, utérus reste fixé. La température ne paraît pas influencée par la piqûre de térébenthine.	
Obs. XXV. — F., 34 ans, à terme, 17 janvier 1909	Du 12 au 16 douleurs dans le ventre. Le 16, grand frisson, 40°. Curage digital par une sage-femme. Le 18, 40°1 ; lochies fétides.	39°5 col presque fermé. 21 janv. : frisson, 40° Pouls 118.	24 janv. : abc. de fixation ; réaction pas très vive, immédiate.	Déferescence en 24 heures à partir du jour de l'injection. 10 février : Température remonte, cystite. 23 février : Apyrexie définitive.	Lavage vésicaux à partir du 10 février
Obs. XXVI. — B., 37 ans, 24 octobre 1908.	Délivrance artificielle pour rétention partielle, 3 jours après l'accouchement ; pertes rouges continuent.	Femme affaiblie, émaciée, pouls 140°, langue sèche.	16 novembre : 1 ^{er} abcès. 17 novembre : 2 ^e abcès ; ils réagissent vivement. 24 novembre : incision du 1 ^{er} abcès. 2 décembre : incision du 2 ^e abcès. 15 décembre : incision du 3 ^e abcès. 24 décembre : il est fluctuant.	18 novembre : On note une baisse du pouls début de phlébite gauche. 19 novembre : Etat reste le même ; délire. 21 : La malade refuse de s'alimenter ; on la nourrit par la sonde nasale. La déferescence débute avec Bouquet.	

Noms et dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observations avant l'abcès	Abcès et ses particularités	Résultats	Autres traitements
3^e Série. — Malades venues de la Maternité.					
Obs. I. — L. F., 49 ans, à terme, 2 février 1904.	Occipito-sacrée. Forceps à la vulve. Déchirure périnéale.	5 ^e jour : 40°2, frissons, 136 au poulx. 6 ^e jour : 39°8 le matin ; on enlève les points de suture périméale, la suture a pris. 7 ^e jour : 40°2 ; du pus s'écoule en nappe de l'utérus.	9 février : abcès de fixation incisé le 26 février. 12 février : abcès de fixation incisé le 11 mars.	11 février : 39°. 12 février : 39°. 14 février : 38°2, 39°4. 20 février : 39°8. 21 février : 39°5 (abcès du sein). La température reste entre 37° et 38° jusqu'au 12 mars, à partir de là apyrexie.	
Obs. II. — R. J., à terme, 10 fév. 1904.	Siège mode des fesses. Thrombus de la grande fèvre gauche. Déchirure périnéale.	38°2 le soir de l'accouchement, la température monte régulièrement. 17 février matin : 40°.	17 février : abcès de fixation. 10 mars : abcès en voie de résorption.	18 février : 38°8 ; état général bon. 24 février : Apyrexie définitive, la fièvre a baissé régulièrement depuis le jour de l'injection de térébenthine.	
Obs. III. — R. L., 29 ans, à terme, 43 février 1904.	Accouchement spontané.	38°3 le soir de l'accouchement. 6 ^e jour : la température oscille entre 37° et 39° atteint aujourd'hui 40°7 ; poulx 130. 9 ^e jour : hier 37°7, aujourd. 41°2.	3 ^e jour : abcès de fixation.	Le lendemain 39°. Le surlendemain 37°. Dès lors, apyrexie définitive.	Depuis le début on fait des injections intra-utérines.
Obs. IV. — R. F., 23 ans, à terme, 26 février 1904.	Forceps dans l'excavation. Déchirure périméale. Délivrance spontanée.	7 ^e jour : 38°6. 11 ^e jour : la température s'est élevée tous les jours un peu ; aujourd'hui 40°4 mais le poulx est bon.	11 ^e jour : abcès de fixation.	12 ^e jour : 38°2 le matin, 40°1 le soir, poulx à 100 le matin. 16 ^e jour : La température est descendue en lysis régulièrement depuis 4 jours, aujourd'hui 37°.	<i>Ecovillomage</i> fait en même temps que l'abcès de fixation.

Obs. V. — G. D., 19 ans à terme, 16 mai 1904.	Rupture prématurée des membranes. Délivrance incomplète	1 ^{er} jour : 40°2, poulx 130. 5 ^e jour : 40°6, poulx 136, état grave, curage digital. 8 ^e jour : La température persiste avec cependant une tendance du poulx à baisser. Ce matin 120 au poulx.	8 ^e jour : 1 ^{er} abcès de fixation. 13 ^e jour : 2 ^e abcès de fixation. Les abcès ont pris. Pas de date d'incision.	12 ^e jour : De 40°3 la température est tombée à 38°, le poulx est à 100, l'état est rassurant. On fait néanmoins un second abcès.	<i>Curage digital</i> fait le 5 ^e jour la température persiste et ne commence à baisser que le 9 ^e jour, après le 1 ^{er} abcès de fixation.
Obs. VI. — M. B., 32 ans, à terme, 19 juin 1904.	Présentation du front, basiotripisie.	38°2 le soir de l'accouchement. 24 juin : 40°, allumétrurie. 24 juin : 38°, mais poulx à 150.	24 juin : abcès de fixation. 25 juin : l'abcès a bien pris, très douloureux. 27 juin : il a des allures phlegmoneuses très nettes.	27 juin : température 38°, poulx 110, bon état général. 22 juillet la température restée entre 37° ou 38°5, avec oscillation de 1° du matin au soir. 25 juillet : apyrexie définitive.	Écouvillonnage le 24 juin, le même jour que l'abcès. Injections intra-utérines bi-quotidiennes les jours précédents.
Obs. VII. — J. V., 28 ans, à terme, 31 octob. 1904.	Déchirure du périnée.	3 novembre : 39°4, rétention d'urine. 5 novembre : 40°, poulx 110, lochies fétides.	6 novembre : abcès de fixation. 7 novembre : abcès de fixation. 23 novembre : incision du 1 ^{er} abcès.	8 novembre : amélioration de l'état général. 9 novembre : pléthore variqueuse des veines du ligament rond ; 38°5, 39°5. 18 novembre : la température est à 37°2. 25 novembre : nouvelle poussée thermique depuis le 21 novembre ; après l'incision de l'abcès de fixation la poussée thermique diminue. 3 décembre : apyrexie définitive, cystite purulente.	Injections bi-quotidiennes intra-utérines du 31 octobre au 8 novembre.

Noms et dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observations avant l'abcès	Abcès et ses particularités	Résultats	Autres traitements
Obs. VIII. — J. C., 25 ans, à terme, 14 nov. 1904.	Accouchement normal.	Apparue les 6 premiers jours. 7 ^e jour : 39°, 110 au poulx. 14 ^e jour : malgré les injections intra-utérines, la fièvre persiste ; hier soir, 40°2, poulx 120, frisson violent, le col est fermé.	27 novembre : abcès de fixation. 6 décembre : on note douleur et phénomènes phlegmoneux du côté de l'abcès ; en même temps 39°2. 12 décembre : ouverture de l'abcès, la température tombe.	Le lendemain 37°2. Le surlendemain 40° toute la journée. 30 novembre : 37°. 6 décembre : 39°4.	Injections intra-utérines jusqu'au jour où on injecte la tétracycline, à ce moment le col étant fermé on ne fait plus de lavages intr-utérins.
Obs. IX. — G. L., 20 ans, à terme, en ville, 7 janvier 1905.	Hémorragie après la délivrance. Accouchement spontané sans aucun soin de propreté.	38°2 le soir de l'accouchement. 14 janvier : 40°4, 140 au poulx, pertes fétides, éraillures vulvovaginales.	14 janvier : abcès de fixation incisé le 5 février.	Le lendemain soir 40°. Le surlendemain 38°5, puis apyrexie définitive.	Injections intra-utérines quotidiennes depuis le jour de l'accouchement. (peut-être étaient-elles mal faites avant le 14, jour du passage de la malade à l'infirmerie.
Obs. X. — C. S., 24 ans, à terme, 14 avril 1905.	Accouchement normal.	40° le soir du 2 ^e jour, expulsion de membranes, la température se maintient entre 39° et 40° jusqu'au début de mai ; strep-	18 avril : 1 ^{er} abcès incisé le 6 mai. 24 avril : 2 ^e abcès incisé le 10 mai.	La fièvre a paru ne se modifier par aucun agent thérapeutique, elle a duré avec des irrégularités jusqu'au 4 juin, date de	Injections intra-utérines au permanganate, puis in-

Obs. XI. — P. S., 23 ans, 31 décembre 1905, à ter- me.	Accouchement nor- mal.	38°5 le 3 ^e jour. 6 ^e jour : 40°3, 120 au poulx; 37°, 8 le matin, pas de frisson.	tocques dans les lochies; phé- nomènes pulmonaires (observa- tion incomplète).	5 janvier 1906 : abcès de fixation; il s'est résorbé complètement.	12 janvier : apyrexie. Cette apyrexie dure jusqu'au 26; à ce moment, abcès du sein ouvert et drainé le 13 janvier. 20 février : salpingite.	Injections intra- utérines au per manganate, du 3 au 9 janvier.
Obs. XII. — P. S., 21 ans, 27 décembre 1905.	Accouchement nor- mal.	Jusqu'au 8 ^e jour 38° tous les soirs; on se contente de purger. 8 ^e jour : frisson, sudation, 40°4; injections intra-utérines. 12 ^e jour : la température, depuis 2 jours à 38°, remonte à 40°4; le poulx reste bon. 13 ^e jour : 37°4, 37°8. 14 janvier : poussée d'un jour à 40° correspondant à de la dou- leur dans le sein droit. 19 janvier : depuis 2 jours gran- des oscillations 37°5 le matin, 40°2 le soir.		20 janvier : abcès de fixa- tion. 7 février : ponction de l'ab- cès. 13 février : l'abcès qui s'était fermé se rouvre; en même temps léger mouvement fébrile: 38°2. 17 février : seconde inci- sion de l'abcès. 21 février : troisième inci- sion de l'abcès.	Dès le 21, la température ne dé- passe plus 38°, sauf après inci- sion de l'abcès de fixation où la température dépasse 38° le soir pendant 3 jours.	Sort guérie, le 10 mars.
Obs. XIII. — J. G., 20 ans à terme, 10 juillet 1906.	Accouchement nor- mal.	Apyrexie jusqu'au 8 ^e jour. 8 ^e jour : 38°4, lymphangite du sein. 11 ^e jour : 39°9. 15 ^e jour : la fièvre reste entre 39° et 40°, malgré les injections intra-utérines.		15 ^e jour : abcès de fixa- tion incisé 10 jours après.	Le lendemain de l'abcès 39°4, puis chute régulière de la tem- pérature, Apyrexie au bout de 5 jours.	Injections intra- utérines.
Obs. XIV. — P. M., 20 ans, à 8 mois, 5 nov. 1906.	Rupture prématu- rée des mem- branes.	40°2 le soir de l'accouchement, poulx 124; jusqu'au 8 novembre température à grandes oscilla- tions 37°4, 40°, avec sueurs,		8 novembre : 1 ^{er} abcès de fixation. 9 novembre : il ne réagit presque pas; 2 ^e abcès.	13 novembre : température à grandes oscillations : 38°2, 41°; frissons; mais le poulx baisse et l'état général paraît meilleur.	Injections intra- utérines, du 5 novembre au 13.

Noms et dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observations avant l'abcès	Abcès et ses particularités	Résultats	Autres traitements
	chement; liquide amniotique fétide.	pouls 140-130, pas de frissons; lochies très fétides.	10 novembre : il réagit. 12 novembre : 3 ^e abcès. 13 novembre : tous les abcès réagissent, surtout le dernier. 1 ^{er} décembre : incision d'un abcès.	20 novembre : douleur dans la jambe gauche, sans œdème; température à grandes oscillations, mais un peu plus basse : 39°; pouls bon. 23 novembre : la température tend à remonter, frissons, faciès un peu altéré; collection anoxielle gauche. Depuis 5 jours abcès stationnaires. 26 novembre : température baisse, devient plus régulière; grande amélioration. 13 décembre : sort guérie, la collection s'est résorbée.	
Obs. XV. — J.R., 17 ans, à 8 mois, 19 déc. 1906.	Enfant mort-né; décollement prématuré du placenta. Albuminurie : 9 gr.	2 jours après l'accouchement température monte par grandes oscillations. 23 décembre : 40°2, pouls 130. La malade ne se plaint de rien.	24 décembre : abcès de fixation.	Le jour où on a fait l'abcès de fixation, la température était retombée à 38°8. 26 : 38°6, sans douloureux. 29 : Apyrexie. Guérison.	injections intra-utérines du 22 au 26 décembre.
Obs. XVI. — G.C., 25 ans, à terme, 3 janv. 1907.	Forceps sur le plancher pelvien. Rétention membraneuse.	Ascension progressive de temp. 3 ^e jour : 40°, rétention d'urine malgré lavages intra-utérins; la fièvre persiste. 14 janvier : érysipèle de la vulve. Urines purulentes.	Abcès de fixation le 12 jan. Abcès de fixation le 17 janvier. N'ont pas réagi au début; ils ne se sont collectés qu'à partir du 8 février. 4 mars : ils se résorbent.	Ces abcès, faits au moment où apparut l'érysipèle, n'ont rien donné, seulement un abaissement thermique passer le lendemain. Le 23 janvier : chute progressive de la température en même temps que dispar. de l'érysipèle.	injections intra-utérines, du 7 au 17 janvier. Lavages vésicaux.

Obs. XVII. — J., 24 ans, à terme, 26 janvier 1907.	Hémorrhagie de la délivrance. Rétention membra- neuse.	Le 4 ^e jour : 38°8. 5 ^e jour : 40°1. 7 ^e jour : 40°3.	7 ^e jour : abcès de fixation. ouvert spontanément 11 jours après.	Clute immédiate et brusque des injections intra- utérines de puis le 29 janvier.
Obs. XVIII. — C., 29 ans, à terme, 28 janvier 1907.	Rupture prématurée des membranes. Délivrance artificielle.	Infection amniotique; 38°6. Gaugrène du vagin, fistule vésicovaginale. 30 janvier : 38°6, oscillante; mauvais état général.	30 janvier : abcès de fixation. collecté au bout de 6 jours incisé le 16 ^e jour.	La température est restée à 39° jusqu'au 6 février; chute progressive ensuite. Lavages intra-utérins dès le début.
Obs. XIX. — A.C., 40 ans, à terme, 22 février 1907.	Accouchement en ville sans soins antiseptiques.	2 ^e jour : 39°2 le soir. 3 ^e jour : 40° le soir, 38°4 le matin. 4 ^e jour : 39°9 le soir.	4 ^e jour : abcès de fixation collecté au bout de 6 jours incisé le 16 ^e jour.	La fièvre tombe dès le lendemain de l'injection. Le 15 juin : poussée à 38°8, avec douleur du côté de l'abcès. Fièvre tombe après incision de l'abcès.
Obs. XX. — C.S., 36 ans, à terme, 1 ^{er} mars 1907.	Siège décompleté. Abaissement d'un pied.	7 ^e jour : fri-son, 40°. 14 ^e jour : température est restée à 40° sans oscillations. Rien aux poulmons.	14 ^e jour : abcès. 15 ^e jour : réaction vive. 25 ^e jour : incision de l'abcès.	Dès le début de l'infection, lavages utérins sans résultat. Le lendemain de l'injection de fébrine la température de 40°5 descend à 39°9, et dès ce moment descend en lysis; le 20 ^e jour : 37°.
Obs. XXI. — M. M., 21 ans, à terme, 7 mars 1907.	Accouchement spontané.	Le soir de l'accouchement : 38°8. 4 ^e jour : 40°4, céphalée, ballonnement. 17 ^e jour : la température est redescendue entre 38° et 39°, mais persiste malgré les lavages depuis 12 jours, sans tendance à baisser.	17 ^e jour : abcès. 19 ^e jour : réaction vive. 24 ^e jour : incisé.	A partir du 20 ^e jour défervescence. La température reste au-dessus de 38° jusqu'à l'incision de l'abcès.
Obs. XXII. — F.S., 18 ans, à 7 mois, 20 mars 1907.	Rupture de la poche des eaux en ville et touchers nombreux.	Le 20 mars soir : 38°. Le 27 mars soir : 40°4; poulx 128.	22 mars : abcès. 23 mars : allure phlegmoneuse de l'abcès. 29 mars : incision.	Dès le lendemain de l'injection température tombe à 39°. 3 jours après 38°6, elle remonte ensuite à 39° pour redevenir normale après incision de l'abcès.

Noms et dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observations avant l'abcès	Abcès et ses particularités	Résultats	Autres traitements
Obs. XXIII. — R. B., 23 ans à 8 mois, 28 mars 1907.	Accouchement spontané. Hémorrhagie de la délivrance.	Jusqu'au 9 avril : 37°4, 37°8 poulx à 400. 9 avril : Frissons, sueurs, 39°7. 10 avril : Défervescence. 11 avril : Reprise de la fièvre, frissons 40°6 le soir, poulx 435. 12 avril : 40°7.	12 avril : abcès de fixation. 17 avril : abcès forme masse étalée, peu saillante. 28 avril : incision.	Le 2 ^e jour après l'injection, la température de 40°5 tombe à 39°3 le soir. Le 6 ^e jour : 37°.	Injectons intra-utérines les 11, 12, 13 avril.
Obs. XXIV. — B. R., 21 ans à terme, 29 mars 1907.	Délivrance retardée	3 ^e jour : 40°, ventre ballonné, souple. 4 ^e jour : Fièvre persiste, malgré les injections intra-utérines.	4 ^e jour : abcès de fixation qui réagit peu. 6 ^e jour : 2 ^e abcès qui prend allure phlegmoneuse. Ouvert spontanément 8 j. après. Le 1 ^{er} abcès réagit après le second. Incisé le 19 avril.	Après le 1 ^{er} abcès la température s'élève encore à 40°7. Le lendemain de la 2 ^e injection qui réagit bien, chute brusque à 38°. Apyrexie à partir du 12 avril.	Injectons intra-utérines les 1, 2, 3 avr.
Obs. XXV. — L. S., 22 ans à 8 mois 3/4, 13 av. 1907.	Forceps au détroit supérieur. Délivrance artificielle.	Pendant accouchement 39°5. 18 avril : Température oscille entre 38° et 39°, ventre ballonné, souple ; la fièvre persiste malgré les injections intra-utérines.	19 avril : abcès de fixation; il réagit. 30 avril : incision.	Chute thermique dès le lendemain. Apyrexie le 21 avril.	—
Obs. XXVI. — M. B., 18 ans à terme, 12 mai 1907.	Accouchement spontané. Hémorrhagie de la délivrance.	13 mai : 39° poulx 410. 14 mai : 39°5. 15 mai : 39°7 poulx 120.	16 mai : 1 ^{er} abcès. 17 mai : 2 ^e abcès.	La température, progressivement ascendante malgré les injections intra-utérines, baisse le lendemain du 2 ^e abcès et revient à 38°.	—

OBS. XXVII. — M.M., 35 ans à terme, 24 juin 1907.	Bassin aplati, ac- couchement spon- tané. Hémorrhagie grave.	24 juin : 40°. 25 juin : 39°8 le matin.	25 juin : abcès. 26 juin : abcès réagit. 4 juillet : abcès volumi- neux, non fluctuant.	La température devient en lysis à partir du jour même de l'injec- tion de térébenthine. Apraxie le 2 juillet	A ce moment poussée fibrile et abcès du sein. Guérison en juin 1907.
OBS. XXVIII. — M.B., 43 ans généraliste, 19 août 1907.	Accouchée en ville. Albuminurie.	3^e jour : 39°, pouls 125. La température reste entre 38° et 39°, mais avec pouls petit au dessus de 120, langue sèche, ventre météorisé jusqu'au 28 août.	25 août : abcès, réaction inconnue.	La température et le pouls ont baissé 5 jours après l'injection de térébenthine.	
OBS. XXIX. — G.C., 20 ans à terme, 16 oct. 1907.	Accouchement spontané.	3^e jour : 39°, puis défervescence. 9^e jour : 37°, 38° avec oscillation. 11^e jour : 40°, l'utérus est en subinvolution.	28 octobre : abcès. 6 novembre : incision de l'abcès.	Le jour même de l'injection la température descend. Nouvelle poussée à 39°, 5 jours après ; celle-ci dure 2 jours seulement. On fait mettre de la glace sur le ventre. Sortie le 13 novembre.	
OBS. XXX. — A.L., 49 ans 19 décembre 1907.	Albuminurie avec œdèmes pendant la grossesse. Accouchement provoqué à 7 m. pour anasarques.	3^e jour : 41°, pouls 140. Jusqu'au 10^e jour la température reste entre 39° et 40° pouls 130, état précaire.	27 décembre : 1^{er} abcès, pas de réaction. 21 janvier : 2^e abcès qui réagit. 10 janvier : incision du 2^e abcès.	La 1^{re} injection n'a pas produit d'effet. La courbe du pouls et de la tem- pérature s'abaisse après la 2^e. Poussée à 40° le 19 janvier au moment où l'abcès est cicatrisé. Cette poussée dure 10 jours à partir du 14 février, nombreux abcès superficiels aux doigts et aux bras. Guérie en mars 1907.	

Noms et dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observations avant l'abcès	Abcès et ses particularités	Résultats	Autres traitements
Obs. XXXI. — A. G., 45 ans acc. à terme, bassin rétréci 10 septembre 1908.	Forceps au détroit supérieur. Rupture prématurée des membranes.	Malade enrhumée depuis quelques jours; 39°4 au moment de l'accouchement. 2 ^e jour: 38°5, la température reste au-dessus de 38°. 6 ^e jour: 39°5, pouls 104. 17 septembre: on constate un frottement péricardique.	17 septembre: abcès de fixation. Le 22, on note que la réaction est peu nette.	Le 20, on note que les phénomènes subjectifs se sont amendés, les urines sont purulentes. On fait des lavages vésicaux. Le 22, état meilleur, la température tend à baisser; pouls 120; rien du côté des reins. 2 octobre: apyrexie complète	Digitale 0gr. 20 de poudre de feuilles le 17 septembre. Injection intra-utérine les 14, 15, 16 septembre. Lavages vésicaux.
Obs. XXXII. — M. R., 19 ans acc. à terme, 30 novembre 1908.	Déchirure complète du périnée Suture 11 h. après	4 ^e jour: 38°, 120 au pouls. 9 décembre: 40°, 135 au pouls; onème vulvaire.	2 ^e abcès de fixation le 9 décembre. 3 ^e abcès le 23 décembre. Ouverture des abcès le 9 janvier 1909.	Du 9 au 17 la température et le pouls restent élevés. Défervescence à 38° le 19 déc. Reprise de la température avec 39°, 39°5; 135 au pouls le 22 décembre. Le 9 janvier: la défervescence est complète; les abcès ont été cicatrisés.	On n'a pu faire qu'une injection intra-utérine, le 9 décembre, le col s'étant redermé.
Obs. XXXIII. — E. M., 24 ans, à terme, 16 avril 1909.	Accouchement normal. Albuminurie.	Le soir même: 39°3 pouls 140. 18 avril: 39°4. 19 avril: 39° mais le pouls reste à près de 140.	19 avril: abcès de fixation. Incisé le 28, il donne beaucoup de pus.	A partir du 20, la courbe du pouls et de la température baissent. Poussée à 39°8 le 24 avril; cette poussée ne dure qu'un jour. A partir du 26 avril apyrexie complète. Le 6 mai: l'utérus est encore gros et dépasse de trois travers de doigt l'ombilic.	Injection intra-utérine dès le 17.

OBSERVATIONS AVEC DÉCÈS

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrées à l'hôpital	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
OBSERVATIONS AVEC DÉCÈS Infection post-abortum avec décès						
Obs. I — R.C., 38 ans, fausse couche à trois mois, 29 déc. 1902.	38°, 5 avant l'accouchement. Ex traction digitale du placenta et du fœtus après essai de dilatation par ballon de Champetier.	29 déc. 1902.	31 décembre : 40°5. 6 janvier : abondants vomissements bilieux depuis le 4 janvier. 8 janvier : col fermé, utérus fixé, douleur à la pression sur le côté gauche.	8 janvier : abcès de fixation.	Mort 8 janvier ; abondants vomissements.	Injectations intra-utérines quotidiennes.
Obs. II. — M.A., 36 ans, fausse couche 30 juin : 41°, douleurs abdominales et demi, 26 juin 1903.	Délivrance artificielle en ville. 30 juin : 41°, douleurs abdominales vives, vomissements bilieux.	4 ^{er} juillet 1903.	A l'entrée : 40°5, diarrhée, gorge sèche, soif vive, abatement, ventre dur, douloureux à la pression partout, surtout à droite, empatement douloureux dans le cul de-sac droit.	3 juillet : abcès de fixation.	Ce jour-là 120-130 au poul, hoquet, empatement dans la fosse iliaque droite. Mort 4 juillet matin.	Cryogénine.
Obs. III. — A. D., 48 ans, fausse couche à un mois et demi, 5 mai 1903.		7 mai 1903.	A l'entrée : 40°, icère sans décoloration des matières. 9 mai : éruption herpétiforme aux lèvres, 38°, albuminurie abondante, expulsion de débris placentaires. 12 mai : 40°, arthrite de l'épaule gauche.	12 mai : injection de 14 cmc. d'essence. 14 mai : empatement au lieu de l'injection. 14 mai : 2 ^e injection d'essence. 15 mai : pas de réaction d'aucun abcès.	14 mai : un peu de dyspnée, 38°6, ventre pas douloureux. 16 mai : 40°6, dyspnée augmentée, froissements pleuraux. 19 mai : mort.	Cryogénine.

Obs. IV. — Z.A., 25 ans, fausse cou- che, 2 mois, 27 jan 1903.	Rétention placen- taire, vomisse- ments à plu- sieurs reprises.	4 juillet 1903.	A l'entrée : 40°4. Délivrance artificielle, mèche. 6 juillet : 40°4, état grave.	6 juillet : 1 ^{er} abcès de fixation. 7 juillet : 2 ^e abcès de fixation.	Mort le 8 juillet au soir. Injections intra- utérines bi- quotidiennes. <i>Curage digi- tal, mèche.</i>	pulmonaires; végétations et abcès sous-endocardiques dans le ventricule droit. pas de péritonite ni de per- foration utérine.
Obs. V. — C. M., 26 ans, fausse couche, trois mois 1/2, 31 déc. 1903.		4 janvier 1904.	A l'entrée : 39°9, curage di- gital sous écouvillonnage. 5 janvier : matin, 37°2; le soir, frissons. 6 janvier : 40°4, nouveau cu- rage digital; le soir, fris- sons, 41°8. 7 janvier : 40°5.	7 janvier : 1 ^{er} abcès de fixation.	Mort le 10 janvier, hyper- thermie, 44°.	Injections intra- utérines au permanganate.
Obs. VI. — M. M., 32 ans, fausse couche à 5 mois 1/2, 31 janv. 05.	Fœtus putréfié. Tentative de dé- livrance artifi- cielle.	2 janvier 1905.	A l'entrée : 39°6; pouls, 156; lochies très fétiides. Délivrance artificielle sans anesthésie, écouvillonnage, mèche. 4 janvier : 40°; pouls, 150; hyperesthésie abdominale extrême.	4 janvier : abcès de fixation. 9 janvier : abcès de de fixation.	Mort le 8 janvier matin. <i>Autopsie</i> : Péritonite localisée au petit bassin.	Injections intra- utérines bi- quotidiennes.
Obs. VII. — P. M., 38 ans, fausse couche à 3 mois, janv. 1905.		3 avr. 1905	A l'entrée : 37°5, mais pertes rouges abondantes; déli- vrance artificielle, écouvil- lonnage. 6 avr : frissons, 40°4. 11 avr : après des tempéra- tures très irrégulières, 40°6 le soir.	11 avr : 1 ^{er} abcès. 12 — 2 ^e abcès. 14 — 3 ^e abcès. N'ont pas réagi.	Mort le 21 avr. Pas d'expli- cations. Lavement de sé- rum.	Injections intra- utérines bi- quotidiennes.

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	entrées à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation	Dates et particularités de l'abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Obs. VIII. — B. M., 42 ans, avorte ment à deux mois, février 1907.	Lavages chauds.	6 janvier.	A l'entrée : 38°2, pertes lé- gères ; on attend. 8 janvier : 39°9 ; masse an- nexielle gauche. 14 janvier : température irrégulière avec des 40°4 à plu- sieurs reprises ; plusieurs frissons pendant ces der- niers jours. Masse en croissant dans le cul-de-sac postéro latéral gauche.	18 janvier : abcès de fixation.	Mort 19 janvier : chute pro- gressive de la température ascension du poulx.	Quinine le 13 janvier.
Obs. IX. — V. M., 34 ans, fausse couche, deux mois, juin		18 juin 1907.	A l'entrée état très mauvais, délire, stupeur, 40°2.	1 juin : abcès de fixation	Mort 1 ^{er} 22 juin : pas de pé- ritonite.	Injection m. a- utérine.
Obs. IX bis. — D. M., 28 ans, fausse couche de six mois, 6 nov. 1907.	38° 5 avant la fin de l'accouchement.	8 novembre 1907.	A l'entrée : 38°5, curage di- gital, pas d'écouvillonnage. 9 novembre : 40°2 ; poulx, 114 ; faciès bon. 10 novembre : 39°4, faciès altéré.	10 nov. : 1 ^{er} abcès. 13 nov. : 2 ^e abcès. 15 nov. : 3 ^e abcès. Ils n'ont pas réagi ; en 1 ^{er} te seule, ent le 46 une légère dou- leur à la pression.	21 nov. : violentes coliques, vomissements porracés. Mort le 21 novembre, périto- nite diffuse.	Curage digital, injections in- tra-utérines.
Obs. X. — F. B., 42	Avortement pro- voqué.	23 février 1908.	A l'entrée : subdélire, 40°2, curage, écouvillonnage.	25 février : abcès de fixation. Réagit peu.	La température reste an-des- sus de 40°.	Curage, écou- villonnage.

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrée à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation.	Dates et particularités de l'abcès de fixation.	Résultats	Autres traitements
Obs. XVI. — M., 33 ans, à terme, 30 avril 1904.	4 ^e j., frissons, l'état va en s'aggrav.	7 mai.	Temp. : 40° 5, 41°, pouls : 110 ; albumine ; 9 mai, 140 ; œdème énorme de la grande lèvre ; temp. : 39° 2, 41°, 41°, pouls 140.	11 mai, 4 ^{or} abcès. 13 — 2 ^e — 14 — 3 ^e — 15 — 4 ^e —	Mort le 22 mai. Pas d'autop.	Ecouvillonnage le 13 mai, inject. intra-utérine de l'entrée. Collargol le 20 mai.
Obs. XVII. — L., 24 ans, à terme, 14 mai 1904.	Le 23 mai, frissons violents, 39° 5.	26 mai.	40°.	27 mai, abcès. 3 juin, abcès. Ils n'ont pas bien réagi.	7 juin, érysipèle vulvaire. Mort le 9 juin.	
Obs. XVIII. — G., à 7 mois, 20 octobre 1904.	8 ^e jour, frissons, lochies fétides.	17 novemb.	40° 6, mauvais aspect, somnolence.	17 nov., abc. de fixat.	27 nov., mort. Autopsie : endocardite végétante, broncho-pneumonie avec bloc d'hépatisation grise au sommet droit.	
Obs. XIX. — G., 35 ans, à terme, 22 sept. 1905.	Accouchement sans aucun soin.	3 octobre.	Rétention d'urine, ventre ballonné, col fermé ; 8 octob. : après amélioration passagère l'état devient mauvais. Temp. oscille entre 38° 5-40°.	6 oct., abc. de fixat. 12 — — — Le 4 ^{or} abcès réagit d'abord intensément ; la réaction cesse le 3 ^e jour.	Enmenée le 17 oct. mourante.	
Obs. XX. — D., 23 ans, à terme, 14 nov. 1905	Travail long, forceps déliv. artificielle, déchir. du vagin et du rectum.	15 novemb.	37° 4 à l'entrée, la température s'élève les jours suivants ;	17 nov., abc. de fixat. 20 — — — 27 — — — Ne réagissent pas.	Escharre sacrée, mort le 27 nov. Pas d'autopsie.	Inject. intra-utérine.

Obs. XXI. — P., 30 ans, à terme, 30 nov. 1905.	Rupture prématur. des membranes, 2 jours av. l'ac- couchement, dé- but de l'infection au 3 ^e jour.	7 décembre.	41 ^o , violent frisson, col déchi- qué; 11 déc., point de côté, oppression, submatité à la base gauche.	7 décembre, abcès. 9 — — — 14 — — — Le 2 ^e réagit bien.	Mort le 27 décembre. Pas d'an- tologie. Les 20, 21, 22 déc., inject- de sérum té- rébenthiné.
Obs. XXII. — M., 22 ans, à terme, 44 juin 1906.	Infection dès le 1 ^{er} jour.	19 juin.	40 ^o , pouls rapide, lochies puru- lentes.	17 juin, abcès. 19 — — — 27 — incision du 2 ^e Le 1 ^{er} d'abord, torpide, réagit après incision du 2 ^e . Incisé le 4 juillet.	26 juin, abcès gangréneux de la région sacrée. 28 juin, ouverture de cet abcès, l'état s'est aggravé après l'incision des deux abcès de fixation. Mort le 10 juillet, avec signes d'embolie pulmonaire.
Obs. XXIII. — L., 29 ans, à terme, 2 fév. 1907.	Début d'infection le 5 ^e jour.	12 février.	Etat comateux, 40 ^o 8, albumi- nurie, facès péritonéal.	13 fév. abc. de fixat. 14 — — —	Mort 14 févr. Broncho-pneu- monie, péritonite diffuse.
Obs. XXIV. — R., 29 ans, à terme, 6 fév. 1907.	Début d'infection le 3 ^e jour.	13 février.	40 ^o 4, le lavage ramène des débris; 14 fév. grand frisson délire, phén péritonéaux.	14 fév. abcès.	Mort le 16 février. Péritonite généralisée.
Obs. XXV. — B., 20 ans, à terme, 23 fév. 1907.	Siège, infection le lendemain de l'accouchement.	27 février.	40 ^o , pouls 140, ballonnement, vomissement porracé.	27 fév. abcès.	28 février, mort. Péritonite généralisée.
Obs. XXVI. — T., 39 ans, à terme, 13 oct. 1907.	Infection débute le 10 ^e jour par des frissons: s.		Facès tiré, langue sèche; pouls 400; 4 nov., dyspnée, bal- lonnement, douleur dans la fosse iliaque; 12 nov., phlé- bite, escharre fessière.	1 ^{er} nov. 1 ^{er} abcès. 6 — 2 ^e — 13 nov., les abcès ont une marche torpide. 16 déc., le 1 ^{er} abcès donne des signes	16 nov., embolie pulmonaire. 24 nov., incision d'un abcès gangréneux après de l'es- charre fessière. 28 nov., forte dyspnée, incon- tinence urinaire et fécale.
					Gout. Bonnet.

Noms et dates de l'accouchement	Suites immédiates	Entrée à l'infirmerie	Observations avant l'abcès de fixation.	Dates et particularités de l'abcès de fixation.	Résultats	Autres traitements
Obs. XXVII. — T., 22 ans, à terme, 12 juin 1908.	Travail long, torceps, début d'infec-tion au 2 ^e jour.	21 juin	40-1 pouds incom- table, 72 res- pirations à la minute.	de suppuration. 28 déc., il est de nou- veau silencieux.	Mort le 28 déc.; sans rensei- gnements. 23 juin. mort.	
Obs. XXVIII. — R., à 7 mois, 31 mai 1908.	Rupt. de la poche des eaux 4 jours avant l'accouchement. 10 ^e jour : frisson, fièvre, plétôrte gauche	27 juin	Faciès terreux, ventre ballon- né 39-7.	27 juin, abcès.	29 juin, mort.—28 juin, 10 ^e d'électrolog.	
Obs. XXIX. — G., à terme, 16 avril 1908	Déhivance artifi- cielle, hémorrhagie grave, dé- chirure périméale	25 avril	40-40-5 pouds 140, lochies très férides.	25 avril, abc. de fixat. 26 avril, abcès de fixa- tion, ils ne réagissent pas.	1 ^{er} mai, mort.	
Obs. XXX. — L., 21 ans, à 7 mois 1/2, 23 décembre 1907.	Placenta prævia aiguë.	26 décem.	Etat très grave, 40-4, pouds 176	26 décembre 2 abcès de fixation 28 décembre donnent une petite indura- tion.	2 janv. mort.	

10 ans. XXXI. — V., 24 ans, à 8 mois 1/2, 9 fév. 1909.	Accouchement 19 février claudesin.	38°7, pouls 110. 20 : curage digital. 22 : 40°9, pouls 130.	22 février abcès de fixation. 23 février abcès de fixation. 26 février abcès de fixation. 28 février abcès de fixation. 3 mars abcès de fixation. 8 mars abcès de fixation. 15 mars abcès de fixation. Les 5 premiers ont donné au début de l'empatement ; de petites suppurations pustuleuses.	A partir du 22, courbe thermique très élevée avec des clochers, 37°6 le matin, 41° le soir. 6 mars : 41°4 pouls 150. 11 mars : phlegmatia. 17 mars : mort. Autopsie : broncho-pneumonie, péri-tonite pelvienne, oblitération veineuse remontant jusqu'à l'iliaque primitive.	Injectons intra-utérines dès l'entrée. 22 fév. curage digital.
--	------------------------------------	---	--	---	---

Noms et Dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observations avant l'abcès	Abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
Obs. XXXII. — E.L., 40 ans, à terme, 19 mars 1904.	Eaux férides, infection amniotique, mort du enfant, forceps dans l'excavation, délivre, 38-8 avant la délivrance.	24 mars, température régulièrement ascendante arrive à 40°; poulx 120, abdomen volumineux, tendu, lochies infectes, infiltration du ligament large droit; frissons nombreux.	1er abcès de fixation pendant l'accouchement. 2e abcès de fixation le lendemain. 3e abcès le 26 mars. 4e abcès le 7 avril. Incision du 4er abcès le 12 avril.	La fièvre n'a pas été modifiée. Mort le 24 avril 1904. Autopsie autour de l'utérus et dans sa paroi, poches purulentes disséminées. Absès du rein droit. Absès du lobe inférieur du poumon droit.	Injectons intra-utérines quotidiennes au permanganate jusqu'au 5 avril. 9, 10, avril col-largol. 6 avril, curage digital et écouvillonnage (la fièvre a augmenté les jours suivants).
Ob. : XXXIII. — G.S., 24 ans à terme, 13 décembre 1905.	Accouchement spontané sans précautions antiseptiques, milieu très sale.	36-2 le soir de l'accouchement. 15 déc. : 40-6, 130 au poulx, frissons, sueurs profuses, pas de vomissements. 20 déc. : tousses beaucoup, signes de bronchite diffuse; induration du ligament large gauche, délire bruyant.	17 déc. : 4er abcès. 18 déc. : 2e abcès. 21 déc. : 3e abcès. Aucun n'a réagi.	Hyperthermie continue. (Voir feuille annexée). Mort : pas de foyer métastatique. 25 déc. : congestion pulmonaire généralisée sans bloc broncho-pneumonique. Sérosité dans le ligament large gauche.	Injectons intra-utérines bi-quotidiennes.

OBSERVATIONS D'INFECTION POST-PARTUM VENUES DE LA MATERNITÉ AVEC DÉCÈS

Obs. XXXIV. — P. M. 21 ans, à terme, 28 septemb. 1905.	Rupture précoce des membranes à la maternité 38 ^e 2 pendant l'accouchement.	30 sept: 40°, pouls 104, accès de cyanose, douleur vive dans la fosse iliaque droite. 1 ^{er} oct.: 40°6, pouls 140, appa- rition d'un ictère peu foncé, vomissements, empâtement très douloureux dans la fosse iliaque droite.	1 ^{er} octobre: abcès de fixa- tion.	2 octobre: température tombe à 37°7, mais le pouls devient fili- forme; douleurs abdominales violentes. 3 octobre: mort. Autopsie: phlébite des veines utéro- ovariennes. Lymphangite suppurée des lymphati- ques du ligament large; gra- nulations jaunâtres dans le foie, au niveau des espaces portes.	Injections de sérum anti- ciel. Injections intra- utérines au permanganate.
Obs. XXXV. — L. C., 26 ans, à terme, 40 août 1906.	Accouchement nor- mal à la mater- nité.	Les 3 premiers jours, 37°4, 38°2. 13 août: 39°4, pouls 110, expul- sion de débris membraneux. 16 août: 40°4, pouls 140.	16 août: 1 ^{er} abcès de fixat. 18: 2 ^e abcès de fixation.	17 août: 41°, pouls 150. La fièvre persiste au-dessus de 40°. Mort le 21 août. Pas d'autopsie.	Lavements de sérum, huile camphrée, in- ject., intra- utérines au permanganate depuis le 12 août.
Obs. XXXVI. — H. M., 38 ans, à terme, 10 avr. 1907.	Travail long. Forceps avec lacs au détroit supé- rieur. Délivrance artifi- cielle.	Le 4 ^e jour la température com- mence à monter. Le 5 ^e jour: 39°4, pouls 140; ventre très ballonné, matité dans les flancs. Le 7 ^e jour: 39°, 8; mêmes si- gnes.	17 avril: injection de té- rébenthine. L'abcès prend mal.	20 avril: mort. Le dernier jour, vomissements porracés, ventre très ballonné, douleurs articulaires sans tume- faction. Pas d'autopsie.	Injections in- tra-utérines du 15 au 17.
Obs. XXXVII. — G. V., 27 ans, à terme, 29 avr. 1907	Bassin générale- ment rétréci. Tentative de for- ceps en ville. Basiotripsie. Déchirure du col.	39° à la fin de l'accouchement. 1 ^{er} mai: température ascendante, malgré les injections intra-uté- rines. Grand frisson, ventre un peu ballonné.	2 mai: injection de téré- benthine.	7 mai: 41°5, pouls 136, petit faciès grippé, ventre ballonné. 8 mai: mort; pas d'autopsie.	Vessie de glace. Injections in- tra-utérines. Injections de sérum.

Noms et dates de l'accouchement	Particularités de l'accouchement	Observation avant l'abcès	Abcès de fixation	Résultats	Autres traitements
OBS. XXXVIII. — M. M., 34 ans, à terme, 1 ^{er} novemb. 1907.	Douleurs irrégulières; souffrance de l'enfant. Forceps au détroit supérieur. Délivrance artificielle. Déchirure périnéale complète.	1 ^{er} nov. : 33°. 6 nov. : insomnie, violentes coliques, pertes rouges, diarrhée légère, bon faciès; albumine; 38°4; phlébite à droite. 8 nov. : disparition de l'albumine.	2 nov. : 2 abcès de fixation. 6 nov. : pas encore de réaction 9 nov. : ils réagissent fortement. 16 nov. : l'abcès droit forme une masse grosse comme une amande verte; à la surface on a un rebord comme s'il y avait une large perforation du derme. 29 nov. : les abcès régressent.	Température régulièrement ascendante; atteint 40° fin nov.; poulx 120-130. 30 nov. : éruption morbilliforme aux avant-bras et aux genoux. 4 déc. : oedème cachectique des membres inférieurs (?) 6 déc. : emmenée dans sa famille. Mort certaine.	Injection intra-utérine, le 6 novembre.
OBS. XXXIX. — T., 17 ans, à terme, 4 oct 1908.	Accouchement spontané; petite déchirure du périnée. Mort de l'enfant le 3 ^e jour par érysipèle	4 ^e jour soir : 39°, avant 37°8-38°. 5 ^e jour soir : 40°5, poulx 128. 6 ^e jour soir : 40°5, poulx 136. 9 ^e jour : la température descend à 38°8, mais le poulx augmente; séro-diagnostic typhique négatif.	9 ^e jour : abcès de fixation.	Mort le 13 ^e jour. Autopsie : pas de lésions locales, le sang ensemencé n'a pas donné de cultures.	Injection intra-utérine. Le 6 ^e jour; même toute.
OBS. XL. — P. M., 20 ans, à terme, 9 fév. 1909.	Rétention membraneuse. Coutage digital immédiat.	13 février ascension continue du poulx et de la température depuis l'accouchement. Aujourd'hui 120 au poulx, 40°1. 15 février : état stationnaire,	16 février : 4 ^{er} abcès. 19 — 2 ^e abcès; le 1 ^{er} n'a pas réagi. 23 février : 3 ^e abcès; les 2 premiers n'ont pas réagi	19 février : teint terreux, ventre météorisé, mauvais état, poulx 120, température 40°. 23 février : état aggravé, cyanose des lèvres, dyspnée.	1 ^{er} : ut grave déjà déclaré. 2 : péritonite déjà déclarée.

frissons, faciès pâle. A la suite d'une injection intra-utérine, hémorrhagie. 16 février : exploration au doigt de l'utérus ; on ne sent rien.	2 mars : le 3 ^e ne réagit pas.	2 mars : mort avec des signes de broncho-pneumonie. <i>Autopsie</i> : broncho-pneumonie, pas de péritonite, intestin sain,
---	---	---

CONCLUSIONS

1° L'abcès de fixation, quoique douloureux, ne l'est cependant pas au point que cette douleur soit une contre-indication à son emploi.

2° Dans les infections puerpérales, il est absolument sans danger, sous la réserve d'une technique convenable.

3° L'évolution des abcès de fixation est très variable. On peut distinguer des abcès à évolution régulière, abcès phlegmoneux, abcès froids, et des abcès à évolution irrégulière, abcès interrompu dans son évolution, abcès à réaction retardée, abcès à poussées successives.

4° On doit attendre pour ouvrir un abcès de fixation qu'il soit prêt à se rompre. Cela vaut mieux que d'attendre l'ouverture spontanée, suivant le conseil de Fochier. Il suffira de le ponctionner au bistouri et de panser sans drainage, mais avec l'asepsie ordinaire.

5° La valeur pronostique de la méthode est très grande. On peut à cet égard formuler les lois suivantes :

« Toutes les fois que, malgré la répétition des piqûres de térébenthine, il ne se forme pas d'abcès, le pronostic est fatal ».

« Lorsque l'abcès réagit, la guérison n'est pas absolument certaine ».

« Si la réaction est franchement phlegmoneuse, la guérison est à peu près certaine ».

6° L'abcès de fixation, même quand il réagit, même employé tôt, ne guérit pas toute infection. Il n'en est pas moins un très bon agent thérapeutique et, dans les cas favorables, l'amélioration suit de très près, à 24 à 48 heures d'intervalle, la formation de l'abcès.

7° Il n'empêche pas les localisations secondaires de l'infection au niveau de l'appareil génital.

8° Il est indiqué de le faire dans tous les cas d'infection sérieuse, dès que le traitement local montre son insuffisance, quelle que soit la forme de l'infection, quel que soit l'agent infectieux.

Le Président de la Thèse,
FABRE.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 juin 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ARNOZAN. — Abscès de fixation. *J. de Méd. de Bordeaux*, 1901.
- BALL. — Absc. de fixat. chez le cheval. *B. de Soc. médico-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, 1901.
- BARD et JEANNIN. — Traité des accouchements.
- BOISSARD. — Neuf cas de streptococcie sanguine. Th. Lyon, 1906.
- BAUER. — *Virchow's Archiv.*, 1899.
- BOISSARD. — Absc. de fixation et infection puerp. *Obstétrique*, 1908.
- BRANTHOMME. — Abscès de fixation dans la pneumonie. *Revue de méd.*, 1896.
- CADÉAC et MEUNIER. — Act. antiseptique des essences. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1899.
- Mlle CAMPANA et CODET-BOINE. — Absc. de fixat. chez les enfants. *Sem. méd.*, 1904.
- CANN. — Treatment of puerperal fer. *Lancet*, 1905, p. 1403.
- CARLES. — Des abscesses de fixation. Th. Bordeaux, 1902-1903.
- CHAMBRELENT. — Congrès de Gynécologie. Bordeaux, 1895.
- CHANTEMESSE et MARIE. — *B. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1892.

- CHÉRON. — Trait. de l'infect. puerpérale par abcès de fixation. *B. de Soc. obstétricale de France*, 1902.
- COLLADON. — Abc. de fixation en otologie. *Rev. méd. de la Suisse Romande*, 1894.
- DIEULAFOY. — *Bullet. de Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 1892.
- FABRE. — Trait. prophylactique et curatif de l'injection puerpérale à streptocoques par l'essence de térébentine. *Lyon Méd.*, 1905. *Obstétrique*, 1908.
- FOCHIER. — Traitement des infections pyogènes généralisées. *Lyon Méd.*, 1891. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1891. — *Lyon Méd.*, 1892. — *Lyon Méd.*, 1892. — *B. de l'Acad. de méd.*, 1892.
- FOCHIER et MÉRIEUX. — De l'action des abcès artificiels sur le charbon expérimental. *Soc. Biol.*, 1900.
- GUGEOT. — *B. de la Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 1892.
- GRAFENBERG. — Signification pronostique des éléments figurés du sang dans les infections puerpérales. *Arch. f. gynéc.*, 1908.
- GRAVITZ. — Contribution à la théorie de la suppuration. *Archiv. f. Pathol. anat. und Physiol.*, 1889, Bd. 119.
- GUILLAUMONT. — Th. Nancy, 1893.
- HERBAY. — Traitement de l'infection puerpér. Thèse, Paris, 1908.
- JUNG. — Nouv. essais de traitement de la fièvre puerpérale, *D. med. Woche*, 1907.
- KROEMER. — Therapie des Wochenbelles. *D. med. Woche*, 1907.
- LARDIER. — *Rev. méd. des Vosges*, 1892.
- LÉPINE. — *Sem. Méd.*, 1892.
- LOOTEN et OUI. — Infection puerpérale prolongée guérie par l'abcès de fixat. *Ann. de Gynéc. et d'Obstétrique*, 1909.
- MANQUAT. — Thérapeutique, 5^e édition.
- MERCANDINO. — Al proposito della metodo di Fochier. *Gaz. Med di Torino*, 1892.
- MDE NATANSON. — Traitement de la fièvre puerpérale. Th. Paris, 1908.

- PERCEROT. — Traitement de la fièvre puerpérale par l'essence de térébenthine. Th. Lyon, 1909.
- PINARD et WALLICH. — Traitement de l'infection puerpérale. *Sem. Méd.*, 1905.
- ROSTHOURS. — Traitement de la fièvre puerpérale. *D. Med. Woch.*, 1905.
- SENN. — Th. Genève, 1898.
- SPILLMANN. — Traitement des pneumonies graves par l'essence de térébenthine. *Rev. Méd. de l'Est*, 1892.
- STRAUSS. — Rôle des microorg. dans la production des supurations. *Soc. Biologie*, 1883.
- THIERRY. — *Normandie Médicale*, 1892 (in Th. Guillaumont).
- THIROLOIX. — *Semaine Médicale*, 1904.
- TRIFON. — Th. Lyon, 1899-1900.
- TURENNE. — Traitement de l'infection puerpérale. *Ann. de Gynécol. et Obstétrique*, 1907.
- VERNOTTE. — Des injections sous-cutanées de nitrate d'argent comme révulsif. Th. Lyon, 1901.
- VINCENT. — *Lyon Méd.*, 1906.
- VORON et GENET. — *Lyon Méd.*, 1906.
- WINTERNITZ. — Action antiseptique des essences. *Archives f. exper. Pathol. und Pharmacologie*, 1895.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	9
DÉFINITION. — HISTORIQUE.....	11

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Technique de l'abcès de fixation..	19
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique.....	26
CHAPITRE III. — Etude clinique des abcès de fixation..	31
CHAPITRE IV. — Accidents et complications des abcès de fixation.....	45
CHAPITRE V. — Traitement.....	49
CHAPITRE VI.— Mode d'action de l'abcès de fixation...	52

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE PREMIER. — Valeur pronostique des abcès de fixation	57
CHAPITRE II. — Valeur curative des abcès de fixation..	63
CHAPITRE III.— Indication des abcès de fixation.....	75
Observations avec guérison	81
Observations avec décès	105
CONCLUSIONS	119
BIBLIOGRAPHIE	121

